S
480

22500027217

2195

Anales del Círculo Médico Argentino

PUBLICACION MENSUAL, FUNDADA EN 1877

DIRECTOR – REDACTOR: **SAMUEL GACHE**

Medalla de oro en el Concurso Sud-Americano de Medicina celebrado por el Circulo MédicoArgentino en 1893; Miembro de la Société Française d'Hygiène de Paris; Oficial de Academia (Francia); Médico del Hospital Rawson

ADMINISTRADOR: **Silvio Tatti**

Medalla de cobre en el Concurso Sud-americano de Medicina de 1893; Ayudante del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública

Colaboradores para 1894

ARAOZ ALFARO G—Vice-Presidente del Circulo Médico Argentino. Médico del Hospital San Roque.
ARCA ENRIQUE E.—Miembro académico de la Facultad de medicina de Buenos Aires.
BUSTAMANTE, SAMUEL V. DE—Médico del Hospicio de las Mercedes.
CASTRO ALEJANDRO—Profesor sustituto de Clinica Quirúrgica. Cirujano del Hospital de Niños.
CANTON ELISEO—Prof. de la Fac. de Medicina. Laureado en el Concurso del Circulo Médico en 1891
CABRED DOMINGO—Profesor de Patologia mental. Director del Manicomio de Buenos Aires.
CASTRO SUNDBLAD CARLOS—Médico del Hospital de Niños.
DECOUD DIÓGENES—Cirujano del Hospital Militar.
DAVISON DIEGO T. R.—De la Facultad de Edimburgo. Miembro del Departamento Nacional de Higiene.
DOMINGUEZ DELANEY J. J.—Gefe de los trabajos prácticos de Histologia en la Facultad de Medicina.
DUDIGNAC EZEQUIEL E.—Interno del Hospital San Roque.
FARINI JUAN A.—Interno del Hospital de Niños.
GUTIERREZ AVELINO—Gefe de los trabajos prácticos de diseccion en la facultad.
KOLBE ROBERTO S.—Interno del Hospital San Roque.
MABIT S.—De la facultad de Paris. Médico del hospital francés.
MAGLIONI LUIS C.—Cirujano del Hospicio de las Mercedes.
MASI ALFONSO—Cirujano del hospital Militar.
MENDEZ JULIO—Profesor sustituto de Clinica Médica. Médico del Hospital San Roque.
PEREZ FERNANDO—De la Facultad de Paris. Médico del Hospital de Niños.
PEREZ IGLESIAS A.—Ex-asistente á las clinicas de Paris.
REPETTO NICOLÁS D.—Interno del Hospital San Roque.
RAMAUGE A.—Profesor de medicina operatoria en la facultad de Buenos Aires.
SEÑORANS JUAN B.—Profesor de la facultad de Buenos Aires. Director de la Asistencia Pública.
SEGURA ELISEO C.—Médico Interno de la Casa de Aislamiento.
SOBRE CASAS C.—Interno del Hospital Rawson.
TORNÚ E.—Laureado de la Facultad de Medicina de Burdeos.
WERNICKE ROBERTO—Profesor de Patologia general. Miembro del Departamento Nacional de Higiene
ZAVALETA M. A.—Médico sustituto (en ejercicio) del Hospital Rawson.

TOMO XVII

DIRECCION: CALLE GENERAL VIAMONT, Nº 541

BUENOS AIRES
Imp. litog. y encuad. «Mariano Moreno», Corrientes 829
1894

2159

HOSPITAL RAWSON

Litiasis biliar. Colecistotomia; extraccion de 175 cálculos. Litotricia en el canal cístico. Curacion.

Por el Dr. M. A. Zavaleta

Creo interesante la publicacion de esta observacion, por dos razones: en primer lugar, por la rareza de esta clase de intervenciones y en segundo lugar, porque se ha intervenido fuera de las indicaciones clásicas de la colecistotomia.

Cármen Moyano, de 26 años, cocinera, ocupa la cama núm. 5, servicio del Dr. Gache, accidentalmente á mi cargo.

Entre sus antecedentes, el único que interesa es la existencia del reumatismo en varios miembros de su familia.

A su entrada en el hospital venia con violentos cólicos hepáticos que cedieron al tratamiento habitual. Hace un año tuvo su primer ataque idéntico á los otros, que se han sucedido ocho veces en el trascurso de ese tiempo. Sus ataques son bruscos, se manifiestan por el dolor hepático, con irradiaciones al epigastrio, hombro y miembros; tiene vómitos biliosos; las materias fecales suelen estar decoloradas, pero nunca ha notado en ellas la presencia de cálculos.

El hígado está voluminoso y los dolores dificultan la palpacion; no se siente la vesícula biliar.

Sentado el diagnóstico de litiasis biliar con los elementos de juicio que teníamos, se trataba de resolver si debia intentarse la colecistotomia.

Las indicaciones clásicas de esta operacion, las aceptadas por la generalidad de los autores y que mas bien que la

enfermedad misma son sus consecuencias y complicaciones como por ejemplo la existencia de accidentes intestinales, la obliteracion del canal colédoco, los accidentes del lado de la vesícula ó los flegmones y fístulas biliares cutáneas, ninguno de ellos existia en el caso presente, á lo que se agregaba la imposibilidad de palpar la vesícula y apreciar su volúmen, lo que creiamos conseguir anestesiando á la enferma.

No obstante esto, la frecuencia de los cólicos que esponian constantemente á nuestra enferma al síncope, á las rupturas, á la peritonitis, á la supuracion de la vesícula y á todas las eventualidades capaces de sobrevenir en estos casos, á lo que se agregaba en el particular que estudiamos, frecuentes crísis nerviosas, verdaderos accesos histeriformes seguidos de un estado de depresion en que la paciente constantemente preocupada de su dolencia y temiendo á cada momento la repeticion de sus cólicos la hacia pedir la operacion, nos decidió á confirmar nuestro diágnóstico por medio de una incision exploradora, procedimiento diariamente practicado por Langenbuck, aceptado por Lawson—Tait, Payrot y por la mayor parte de los cirujanos de la escuela francesa.

Invité á mis amigos los distinguidos doctores Masi y Legrand á examinar esta enferma, y encontrando tambien indicada la operacion, el doctor Masi practicó el 25 de Noviembre la colecistotomia, que creo es la tercera vez que practica entre nosotros, perteneciendo los otros dos casos á nuestro ilustrado maestro el doctor Llobet.

Anestesiada la enferma, procedimos nuevamente á un exámen, pero no nos fué posible palpar la vesícula.

Se incindió la pared abdominal al nivel del borde externo del recto derecho, á la altura del reborde de las costillas, en una estension de 5 centímetros. Se descubrió el hígado y no apareció la vesícula contrariamente á lo que siempre sucede cuando está aumentada de volúmen, pero tomándola con la mano se consiguió hacerla aparecer en la herida. A la palpacion no se notaba la presencia de cálculos en su interior, pero la pared de la vesícula estaba engrosada y se prolongaba profundamente en el abdómen como un dedo de guante, en una extension como de 8 centímetros, como luego pudo comprobarse introduciendo una pinza en su inte-

rior. Esta era la razon por la cual no se podia palpar aquella y por la que no apareció en la herida al incindir el abdómen; de donde podemos deducir racionalmente de nuestra observacion, que aún fuera de los casos que reclaman la operacion por la concomitancia de los accidentes clásicos ó por la constatacion evidente de un tumor al nivel de la vesícula, basta la presencia de los otros síntomas para autorizar la incision exploradora, pues este órgano puede extenderse en la profundidad del abdómen y no revelarse á la exploracion clínica.

Se tomó la vesícula con una pinza de forcipresura y se la rodeó de compresas antisépticas para prevenir el derrame de la bilis en el interior del abdómen; se la punzó con la punta de un bisturí y se tomaron con dos puntos de sutura los labios de esta pequeña incision que luego se agrandó hasta un centímetro y medio ó dos próximamente.

Con una pinza se procedió entonces á la extraccion de 175 cálculos de *colesterina*, completamente blancos, de diferentes tamaños y cortados en facetas.

Encastillados en las paredes habian dos otros cálculos que se rompieron para extraerlos. El canal cístico estaba obstruido por un cálculo: ¿debia romperse allí mismo ó incindirse el canal para extraerlo? Preferimos el primer procedimiento haciendo una litotricia en el canal cístico, pues siempre hubiera habido tiempo para incindir el canal. Esto bastó y el cálculo fué extraído en pedazos, de color verde amarillento que demostraba su contacto con la bilis.

Con una cureta roma de pequeño formato se rasparon las paredes de la vesícula, eleminándose algunos detritus de cálculos y el moco de la secrecion catarral de la misma. Se lavó con una solucion bórica tibia al 2 %.

Se suturó la vesícula con seda, sin comprometer la mucosa; sutura continua de izquierda á derecha y de derecha á izquierda; sutura de la pared abdominal; curacion antiséptica.

La marcha consecutiva de esta operacion no puede haber sido mas regular. Fuera de los accidentes comunes producidos por el cloroformo y dos ataques de histeria que pronto pasaron, no ha habido nada digno de mencion.

La temperatura osciló entre 36 1/2º y 37 1/2.

El 5 de Diciembre se sacaron las suturas y la herida ha que-

dado perfectamente cicatrizada, habiendo tenido la suerte de no observar las fistulas que son tan frecuentes en estos casos.

La enferma saldrá de alta en estos dias; y debemos tambien hacer constar que han contribuido á su curacion los prolijos cuidados de los aventajados internos del servicio, señores Sobre Casas y Chiocconi.

Buenos Aires, Diciembre de 1893.

Sobre la etiología y el tratamiento de la Coqueluche

Por el **doctor G. Araoz Alfaro**

Médico del servicio de niños en el Hospital San Roque

En el número de esta misma revista, correspondiente al mes de Octubre de 1892, analizábamos un nuevo trabajo del laboratorio del doctor Moncorvo (de Rio de Janeiro), sobre el microbio productor de la coqueluche. En esa memoria, el doctor Moncorvo (hijo), describia como agente especifico de la enfermedad un bacillus de caracteres bastante idénticos á los del encontrado por Afanassieff en 1886; no insistiremos ahora en esos detalles.

Bástenos decir que, olvidadas enteramente las investigaciones de Poulet, Letzerich, Tschammer, Bürger, Deichler, etc., etc., solo el microbio de Affanassieff quedaba en pié, merced á las inoculaciones practicadas por este médico y á los trabajos confirmativos de Semtschenko (de Kazan) y de Wendt—(*Medical News*, 1888).

Pero he aquí que, en Noviembre de 1892, Ritter hace una comunicacion á la Sociedad Médica de Berlin y en ese trabajo, publicado en el *Berliner Klin. Woch.* del 12 de Diciembre, asegura haber encontrado el bacilo de Affanasieff fuera de la coqueluche, y describe, á su turno, un nuevo microbio en esa enfermedad.

Segun Ritter, de acuerdo con lo que anteriormente habia sostenido Rossbach, la laringe y la parte superior de la tráquea están ordinariamente indemnes y el mucus recogido en esas regiones no contiene ningun microorganismo que

pueda considerarse como específico. En vista de esos resultados negativos, ha sido conducido á estudiar el mucus bronquial expulsado en el momento de los accesos de tos, y cree haber encontrado el microbio de la coqueluche en el producto de disgregacion de pequeños globos ó lentejas blanquiscas que contiene el esputo.

Sembraba en tubos de agar ordinario partículas obtenidas por disgregacion con agua destilada en las cajas de Petri. A 37º, las colonias aparecian al cabo de 18 á 20 horas, redondas, muy finas, grisáceas, aisladas al principio, confundiéndose luego en una capa contínua. El microbio es aerobio; su óptimum de temperatura está entre 36º y 38º; el minimum y el máximum en 30º y 42º. No se cultiva ni en gelatina, ni en papas, ni en caldo.

Su forma es la de un diplococo, cuyos elementos son redondos, salvo un ligero aplanamiento en el punto de contacto; es muy pequeño y se reune á menudo en cadenillas.

Las experiencias sobre los animales, si bien positivas, no son enteramente convincentes, segun el mismo Ritter lo reconoce.

Por lo demás, si se recuerda que Affanassieff, Moncorvo y Tschammer., etc, pretenden haber obtenido resultados positivos con microbios diferentes, se convendrá en que no hay mucho que contar con estas inoculaciones experimentales.

Estos trabajos están lejos de su terminacion y el estudio queda siempre abierto.

Existe actualmente una epidemia de coqueluche, particularmente intensa en ciertos barrios, si he de atenerme á mi propia práctica. En efecto, mientras que son pocos los enfermos de tos convulsa en mi clientela civil (barrios del Norte), los coqueluchosos aumentan de un modo alarmante entre los concurrentes al consultorio del Hospital San Roque.

Es por esto que me ha parecido oportuno pasar en revista las ideas corrientes sobre el tratamiento de esta enfermedad y, naturalmente, he debido recordar tambien los últimos trabajos referentes á su etiologia.

Enfermedad comun, afligente é indócil en grado sumo, la coqueluche ha dado origen á muchas aventuras terapéuticas y al empleo de un número considerable de medicamentos. Renuncio, pues, á la pretensión de ser completo si para conseguirlo debo estudiar todos los agentes que cualquiera se ha creido en el derecho de preconizar.

Y desde luego, ¿existe un tratamiento específico de la coqueluche? Creo no deber vacilar en negarlo, á pesar de que tal es la pretension de cuanto nuevo método ó medicamento se presenta á la atencion del público médico.

Dejo de lado la *drosera rotundifolia*, la *brionia*, etc., para hablar de lo que puede considerarse mas racional dada la teoria infecciosa de la enfermedad. Tal es la aplicacion de antisépticos en la laringe, tal tambien la insuflacion en las fosas nasales de polvos medicamentosos.

Es bien sabido que Moncorvo, al afirmar que el supuesto microbio de la coqueluche residia en la laringe y especialmente en la region supraglótica, propuso los tocamientos de esta region con una *solucion de resorcina al 1 %* y sostuvo que este tratamiento acortaba de un modo notable la duracion de la enfermedad. Segun las investigaciones de Ritter, que he citado más arriba, el lugar en que se encuentra el bacterio coqueluchógeno seria el árbol bronquial, y no la laringe, y en ese caso, el tratamiento de Moncorvo no tendria razon de ser. Sea de ello lo que fuere, el hecho es que dicho método ha sido completamente abandonado por las dificultades que se encuentran en su aplicacion, aún despues que la cocaina nos ha suministrado el modo de anestesiar la faringe.

Conocida es tambien la teoria que hace de la coqueluche una neurosis del pneumogástrico; algunos autores han sostenido que la zona determinante de la excitacion se encuentra en las fosas nasales, y Coesfeld cree encontrar la demostracion de esta hipótesis en el hecho de que los sordos mudos no son jamás (?) afectados de coqueluche. Michael (de Hamburgo) propuso el *iodoformo*, *el ácido salicílico*, etc., *en insuflacion en las fosas nasales;* Moizard, Cartaz, d'Heilly han empleado despues otros agentes antisépticos y todos aseguran que se consigue una considerable mejoria inmediata y un acortamiento notable en la duracion de la enfermedad. Guttmann ha preconizado recientemente las insuflaciones de polvo de *sozoiodol.*

Este método es de fácil aplicacion y, á pesar de ello, ha

caído casi en desuso en Francia, lo que hace dudar de que su eficacia haya sido reconocida. Yo no lo he empleado, pero los datos trasmitidos al respecto por médicos distinguidos no son alentadores. Hé ahí, sin embargo, la fórmula de Moizard:

Salicilato de bismuto Benjuí	aa 5 gramos.
Sulfato de quinina	1 gramo.

(Pulverizaciones de 3 á 5 veces por dia.)

El Dr. Astigueta me ha asegurado haber obtenido efectos sorprendentes con un *jarabe de cecropina* preparado en el Brasil por el Sr. Baron de Capanema, quien le remitió algunos frascos. Idénticos resultados se obtuvieron, dice, en el Hospital San Roque. Ni él tiene actualmente, ni existe en plaza esta preparacion, y no he podido, por consiguiente, experimentarla. No sé tampoco si es idéntica á otro *jarabe de cecropia palmata* que, segun algunos médicos que lo emplean, es enteramente inconstante.

Muchos otros métodos han sido propuestos; citaré entre otros, las desinfecciones con el *ácido sulfuroso*, las *pulverizaciones de ácido fénico, salicílico, timol*, etc., etc., las *lavativas gaseosas de ácido carbónico* (Bergeon); el empleo al interior del *salicilato de soda, de la quinina* (Binz, Hubner), *el azufre*, etc., etc. Algunos tienen un poder paliativo; otros carecen enteramente de accion.

Si no podemos envanecernos de poseer á la fecha un tratamiento que corte el curso de la coqueluche, podemos, sí, en la gran mayoria de los casos, disminuir el número y la intensidad de los accesos de tos. Este beneficio, dificil de alcanzar en el principio del periodo espasmódico, se obtiene al contrario, muy fácilmente, un poco más tarde.

Entre los agentes preconizados desde mucho tiempo há, hay uno considerado como un específico por Hufeland, entusiastamente elogiado por Trousseau y muchos autores modernos: la *belladona*.

Es, seguramente, uno de los agentes más poderosos á ese respecto y así lo han proclamado los mejores prácticos de la època: Julio Simon, Cadet de Gassicourt, etc., sin contar todos los que se han formado escuchando la enseñanza de estos médicos. Se han abandonado las fórmulas de Trousseau, de difícil manejo y se emplea casi exclusivamente el jarabe y la tintura.

Julio Simon, como Rilliet y Barthez, insisten en la necesidad de principiar por pequeñas dósis, aumentándolas progresivamente (tintura de V á XXV gotas, jarabe de 5 á 25 gramos); otros observadores preconizan dósis mucho mayores, casi masivas. No he observado nunca fenómenos de intoxicacion aún alcanzando dósis elevadas, pero creo prudente comenzar por cantidades pequeñas.

Se la asocia á otros agentes: jarabe de valeriana y digital (Roger); alcoholaturo de raiz de acónito (Simon), etc.

La *quinina*, á dósis relativamente considerables, produce indudablemente buenos efectos; pero irrita fuertemente las vias digestivas.

No sucede lo mismo con la *antipirina*, preconizada por Sonnemberger, Griffiths, Genser, etc., y empleada hoy muy comunmente con excelentes resultados. Marfan la cree superior á la belladona, y, lo mismo que Guinon y otros autores, insiste sobre la neccsidad de suministrarla á grandes dósis: 0,50 gramos á 1 gramo por debajo de un año; de 1 á 2 gramos hasta los dos años, etc.; se sabe que este medicamento es muy bien tolerado por los niños. Asocio esta sustancia á la belladona, en la forma que luego indicaré, y estoy convencido de que, en la gran mayoria de los casos, la tos disminuye considerablemente y los vómitos cesan. Baginsky, Richardière, Legendre, se muestran, sin embargo, poco entusiastas.

Hay casos, no obstante, en que ni la belladona ni la antipirina, producen el efecto buscado; podrá recurrirse entonces á la *morfina* que Hennoch cree superior á los otros agentes mencionados y será menester, naturalmente, vigilar muy atentamente sus efectos, recomendando, por otra parte, á las madres suspendan el medicamento tan pronto como se produzca una somnolencia insólita.

El *hidrato de cloral* puede prestar tambien buenos servicios (Hubner, Richardière, etc). Joffroy lo emplea sistemáticamente en el Hôpital des Enfants Malades; las dósis deben ser bastantes grandes y producir somnolencia. Este medicamento produce con frecuencia irritacion gástrica y afecciones molestas.

Labric y Barbillion han recomendado los tocamientos de la faringe, varias veces por dia, con una solucion de *clorhidrato de cocaina* al 5 %; los accesos de tos disminuirian y los vómitos desaparecerian constantemente. D'Heilly y Cadet de Gassi-

court barnizan primero el istmo de las fauces y luego la parte superior de la laringe; los resultados serian bien marcados.

El *oximiel escilítico*, preconizado por Netter (de Nancy) á las dósis de 5, 10 ó 15 gramos, es supérfluo, segun Julio Simon. Igual cosa diré de los *bromuros*, *el beleño* y *la hiosciamina*, etc.

El *bromoformo* (de 2 á 5 gotas varias veces al dia) seria muy útil, segun Stepp, Lœwenthal, etc.

Las inhalaciones de *éter ó cloroformo*, en el momento de los accesos, parecen hacerlos menos intensos.

A mas del elemento espasmódico, es menester combatir en la coqueluche el elemento catarral y prevenir, en lo posible, las complicaciones mas temibles, tales como la bronquitis capilar ó bronconeumonia, etc.

Con este motivo, algunos médicos emplean frecuentemente los *vomitivos suaves* (jarabe de ipeca adicionado ó nó de polvo, segun la edad, jarabe de Dessesartz, etc.); algunos hacen vomitar todos los dias, cada dos, cada cinco dias (Simon.) Con Marfan, soy poco afecto á este proceder sistemático, sin negar que estos agentes puedan ser ùtiles en determinados momentos.

Otros administran *óxido de antimonio* ú otros agentes como la *creosota*, el *eucaliptol*, etc.

Me parece preferible combatir el elemento catarral, si tiene alguna importancia, por agentes que, al mismo tiempo, realizan un cierto grado de antisepsia de las vias respiratorias: el *benzoato de soda*, por ejemplo, preconizado con entusiasmo contra las bronquitis y cuyos efectos me parecen notables en la mayoria de estos catarros. He podido dar sin inconveniente 1 gramo, en los niños de menos de un año; de 2 á 3 y más, debajo de los cinco años; es menester hacerlo tomar con bastante cantidad de agua.

Se puede administrar con el mismo objeto, la *terpina* ó impregnar la atmósfera que rodea al enfermito de emanaciones balsámicas, haciendo evaporar *esencias de eucalyptus*, *terebentina*, etc.

El tratamiento higiénico de la coqueluche no es, por cierto, el menos importante; pero las opiniones están divididas en cuanto al sistema de vida de los enfermitos. Mientras que

Julio Simon los somete á reclusion completa, otros preconizan la vida al gran aire.

Acá, como siempre, es necesario no ser sistemático. La mayor parte de los pediatras permiten actualmente la salida de los niños mientras hay buen tiempo y los retienen únicamente en el caso de que haya viento, mucho frio, ó de que las salidas aumenten considerablemente los accesos de tos.

En todo caso, se debe mantener siempre bien aereada la habitacion del enfermito; cambiarlo frecuentemente de una á otra (cada cinco dias segun Jurgens; una pieza para el dia y otra para la noche segun Séjournet). Estos cambios disminuyen por lo general el número de los accesos; igual cosa pasa con la desinfeccion de habitacion y ropas por medio del ácido sulfuroso. Mohn, de Christiana, ha ido hasta citar curaciones inmediatas.

Es inoficioso repetir que los niños no deben ser violentamente contrariados porque esas emociones provocan fácilmente accesos de tos. Cuando éstos se producen, hay que hacerlos sentar y aplicarles la mano sobre la frente para sostener la cabeza; algunos autores recomiendan extraer, por medio del dedo en los niños chicos, las mucosidades que al fin del acceso vienen al fondo de la boca (Legendre, Somma).

La alimentacion en los niños destetados deberá ser sustancial y apropiada á una absorcion rápida. Los vómitos, si existen, son contenidos ordinariamente por el tratamiento de la tos; si no se consigue, se podrá recurrir á los tocamientos con cocaina. En este caso, es bueno dar los alimentos inmediatamente despues de pasado el acceso; una cucharada de café amargo es un buen medicamento empírico.

Reasumiré, para concluir, el tratamiento que me parece preferible.

En el primer período, tratamiento ordinario de las bronquitis.

En el segundo, una pocion análoga á la siguiente:

Antipirina.....	4	gramos
Agua destilada.....	160	»
Tintura de belladona.....	XL	gotas
Jarabe	40	gramos

(Cada cucharada de postre tiene 0,20 gramos de antipirina

y dos gotas de tintura de belladona. Principiar por tres al dia y aumentar segun efectos y la edad del enfermo.)

Si el elemento catarral tiene alguna importancia, puede prescribirse el benzoato de soda y dar de vez en cuando, si es necesario, un ligero vomitivo.

Si los accesos de tos no disminuyen con la antipirina y la belladona, aun á grandes dósis, recurrir á los tocamientos con cocaina, al cloral ó la morfina, si no se quiere ensayar las insuflaciones en las fosas nasales.

En el último período, benzoato de soda ó terpina y, sobre todo, *cambio de aire*, en especial si la enfermedad se prolonga demasiado. Régimen tónico y reparador.

Este tratamiento no deja de ser largo y mortificante á veces para el amor propio del médico, pero... «esperando que se haya encontrado el antiséptico capaz de matar el microbio tan poco conocido todavia, hay que resignarse á hacer dia por dia la terapéutica de los síntomas y de las indicaciones con discernimiento, sin exponerse á hacer morir al enfermo antes del término natural de la afeccion, resultado más fácil de obtener, decia irónicamente Frank, que el de curarlo antes de ese término.» (Légendre.)

Buenos Aires, Diciembre 20 de 1893.

El dolor de hombros en las heridas penetrantes del abdómen

Por Nicolás D. Repetto

Interno del Hospital San Roque

En el tiempo que llevo de interno en el servicio de cirugía del hospital San Roque, he tenido la oportunidad de observar un buen número de heridas penetrantes del abdómen y me ha llamado la atención la existencia frecuente y las particularidades dignas de estudiarse del síntoma «dolor de hombros».

Hoy que el número de casos observados por mí alcanza á 34, creo que puedo hacer algunas consideraciones sobre el síntoma mencionado, máxime cuando pienso que ellas pueden ser de alguna utilidad práctica.

En los tratados de patología quirúrgica no se habla casi del síntoma que me propongo estudiar; apenas si se menciona el dolor del hombro derecho como síntoma no muy exacto de las heridas del hígado. Yo he observado el síntoma dolor de hombros en la variedad más diversa de heridas penetrantes del abdómen y me ha parecido que de su existencia podían sacarse conclusiones diagnósticas de alguna utilidad.

Nuestro estudio se basa sobre 34 (1) casos de heridas penetrantes del abdómen, asistidos en el servicio de cirugía del hospital San Roque, durante los años de 1892 y 1893. El síntoma «dolor de hombros» ha sido investigado sistemáticamente en la mayoría de los casos y sobre 34 ha sido encontrado en 13, lo que dá una proporción de 38,23 %. (2)

Aunque nuestras observaciones son relativamente pocas, parece desprenderse de ellas, que la naturaleza del agente vulnerante influye en la producción del dolor al hombro. Las heridas por armas de fuego lo producirían más frecuentemente que las heridas por arma blanca. El cuadro que sigue dá la confirmación á lo que acabamos de decir.

34 her. pen. abd.	28 por arm. blan. hubo dolor al hombro en	9—32,14 %
	6 por arm. fuego » » » » »	4—66,66 %

La situación de la herida tiene una influencia muy marcada en la producción del dolor; las heridas situadas por encima de una línea horizontal que pasa por el ombligo, tienen más probabilidades de provocar el dolor de hombros, que las heridas situadas debajo de dicha línea.

34 her. pen. abd.	21 encima del ombligo y hubo dolor en	11—52,38 %
	13 debajo » » » » » »	2—15,38 %

Si clasificamos por la región que ocupan las 34 heridas penetrantes del abdómen, veremos que el dolor de hombros es

---

(1) No tengo en cuenta sino los casos en los que no ha habido la más mínima duda en cuanto á la penetración.

(2) Esta proporción y las que siguen, las establecemos únicamente para hacer resaltar los hechos sobre los cuales nos proponemos llamar la atención y no porque creamos que ellas tengan un valor absoluto.

menos frecuente á medida que se trata de una región más inferiormente situada y que él presenta su máximum de frecuencia en las heridas del espacio costo diafragmático y sobre todo en las del epigastrio.

De	5	heridas del	epigastrio	hubo dolor en	5—100	%
»	8	» »	espac. cost-diafrag.	» » »	4—50,00	%
»	3	» »	hipocondrio derecho	» » »	1—33,00	%
»	2	» »	» izquierdo	» » »	1—50,00	%
»	2	»	de la región umbilical	» » »	0————	
»	3	»	del flanco derecho	» » »	0————	
»	6	» »	» izquierdo	» » »	1—16,66	%
»	3	» »	hipogastrio	» » »	1—33,33	%
»	1	»	de la fosa ilíaca derecha	» » »	0————	
»	1	» » » »	izquierda	» » »	0————	
	—				—	
	34				13	

En cuanto á sus caracteres, el dolor de hombros es variable. Á veces el dolor es muy intenso y el herido lo acusa espontáneamente; otras veces es tan ligero que hay que cuestionar expresamente al herido para que lo manifieste.

Por regla general se trata de un dolor continuo que puede tener sus exhacerbaciones y que desaparece al cabo de tres ò cuatro días; algunas veces afecta la forma de verdaderas crisis dolorosas y los heridos experimentan sensaciones que comparan á la que produciria una pinza que desgarra las carnes, etc., etc.

El dolor puede localizarse en un hombro ó en los dos á la vez.

De 13 casos con dolor al hombro	dolía el derecho	en	6—46,15 %
	» » izquierdo	»	5—38,46 %
	dolían los dos	»	2—15,38 %

La situación de la herida con respecto á la línea media del abdómen, parece jugar un rol importante en la localización del dolor. Las heridas situadas á la derecha de la línea media son acompañadas de dolor en el hombro derecho y las heridas situadas á la izquierda de la línea media son acompañadas de dolor en el hombro izquierdo.

De 5 casos con dolor al hombro izquierdo, la herida estaba situada 5 veces á la izquierda de la línea media.

De 6 casos con dolor al hombro derecho, la herida estaba situada 5 veces á la derecha de la línea media y 1 vez á la izquierda.

De 2 casos con dolor en ambos hombros, la herida estaba situada 2 veces á la izquierda de la línea media.

En todos los casos que se han acompañado de dolor al hombro derecho la herida tenia una situacion tal que era imposible no creer en la existencia de la lesion del hígado; en los casos que se han acompañado de dolor al hombro izquierdo, las heridas estaban situadas en una zona mas extensa y que no correspondia á la region de un órgano determinado. Podrá juzgarse por los 13 casos que fueron acompañados de dolor al hombro, y cuyas observaciones publicamos á continuacion y muy sucintamente para no ocupar mayor espacio con nuestro artículo.

Casos con dolor al hombro derecho

Observacion I — Herida penetrante por arma blanca, situada en el 10º espacio intercostal derecho, en la línea axilar media. Dolor al hombro derecho, vómitos, icteria, fiebre á tipo intermitente, abceso superficial del hígado. Curado.

Obs. II — Herida penetrante por arma blanca, situada en el 9º espacio intercostal derecho en la línea axilar media. Dolor al hombro derecho, vómitos, hematurias abundantes durante los dos primeros dias, lo que hizo suponer la herida del riñon. Curado.

Obs. III — Herida penetrante por arma de fuego, situada en la region del hipocondrio derecho. Dolor al hombro derecho, vómitos, icteria. Curado.

Obs. IV — Herida penetrante por arma de fuego, situada en la region del hipocondrio *izquierdo*. Dolores al hombro derecho, vómitos. Curado.

Obs. V — Herida penetrante por arma blanca, situada en la mitad derecha del epigastrio. Dolor al hombro derecho, vómitos. Curado.

Obs. VI — Herida penetrante por arma blanca, situada en la mitad derecha del epigastrio. Dolor al hombro derecho, vómitos; curado.

Casos con dolor al hombro izquierdo

Obs. VII — Herida penetrante por arma blanca, situada en el 8º espacio intercostal izquierdo, un poco fuera de la línea mamilar; hernia del epiplon. Dolor al hombro izquierdo, vómitos. Curado.

Obs. VIII — Herida penetrante por arma blanca, situada en el 9º espacio intercostal izquierdo, entre la línea axilar posterior y la angular del omóplato; hernia del epiplon. Dolor al hombro izquierdo, vómitos. Curado.

Obs. IX — Herida penetrante por arma blanca, situada en la mitad izquierda del epigastrio. Dolor al hombro izquierdo, vómitos de materias alimenticias mezcladas con sangre. Laparotomia, sutura de una perforacion de la pared anterior del estómago. Curado.

Obs. X — Herida penetrante por arma blanca, situada en la mitad izquierda del epigastrio. Dolor al hombro izquierdo, síntomas de hemorragia interna. Laparotomia, ligadura de varias ramas de la mesentérica que daban sangre á pequeño chorro. Muerto. En la autopsia se encuentran perforadas las dos paredes del estómago.

Obs. XI — Herida penetrante por arma de fuego, situada en el flanco izquierdo. La bala penetró en esta dirección: de izquierda á derecha y de arriba abajo. Dificultad de los movimientos de la articulacion coxo-femoral derecha, dolor al hombro izquierdo, peritonitis intensa. Muerto.

Casos con dolor en ambos hombros

Obs. XII — Herida penetrante por arma blanca, situada en la mitad izquierda del hipogastrio; hernia del epiplon. Dolor en ambos hombros, peritonitis intensa. Muerto.

Obs. XIII — Herida penetrante por arma blanca, situada en la mitad izquierda del epigastrio. Dolor en ambos hombros, vómitos, icteria. Curado.

De la lectura de las observaciones que anteceden, se desprende que el dolor al hombro derecho tiene, en los casos de herida penetrante del abdómen, un valor diagnóstico no

despreciable, pues él revelaria con muchas probabilidades la existencia de la lesion del hígado. No sucede lo mismo cuando el dolor asienta en el hombro izquierdo ó en los dos hombros á la vez, pues segun nuestras observaciones estos dos síntomas se han presentado en casos que las heridas estaban situadas en regiones muy diferentes y que no se podian hacer derivar de la lesion de un órgano determinado.

Despues de observar dos casos de herida penetrante del abdómen acompañados de dolor al hombro izquierdo y en los que la herida del estómago fué comprobada, en uno de los casos por la laparotomia y en el otro por la autopsia, (obs. IX y X), pensamos por un momento haber encontrado el síntoma patognomónico de las heridas del estómago; pero á poco andar tuvimos que desechar nuestro pensamiento, pues la observacion nos demostró que el dolor del hombro izquierdo podia existir en casos de herida penetrante del abdómen en que la lesion del estómago debia ser absolutamente excluida. (obs. XI)

Además del valor diagnóstico que tiene el síntoma dolor del hombro derecho para reconocer la existencia de la lesion del higado, resulta de nuestras observaciones que la constatacion del síntoma dolor de hombros en general tiene un valor diagnóstico no menos importante en lo que se refiere á la penetracion de la herida del abdómen.

El dolor de hombros solo ha sido comprobado en heridas del abdómen francamente penetrantes, mientras que las heridas simples de la pared abdominal no han dado lugar á ese síntoma. Revisando los boletines clínicos del servicio de cirugia del hospital San Roque, encuentro que durante los años de 1892 y 1893 se han tratado 24 heridas simples de la pared abdominal y no se ha observado en ninguna de ellas el dolor de hombros.

La existencia del síntoma dolor de hombros atenúa en parte la gravedad del pronóstico en las heridas penetrantes del abdómen; asi se desprende á lo menos de los casos que hemos

observado, existiendo por otro lado una razon que explica el hecho de una manera satisfactoria.

34 her. pen. abd.	21 sin dolor de hombros	causaron la muerte	11 veces.	52,38 %
	13 con » » »	» » »	3 »	23,07 %

Los números son elocuentes y la razon estriba á nuestro juicio en que el dolor es mas frecuente en las heridas situadas en las regiones mas elevadas del abdómen, siendo precisamente las heridas situadas en estas regiones más elevadas, más alejadas del ombligo, las que tienen un pronóstico relativamente menos grave.

Del estudio de los casos observados por nosotros se desprende tambien otra conclusion pronóstica y es que las heridas penetrantes del abdómen que se acompañan de dolor en el hombro derecho, son de un pronóstico mucho menos grave que las mismas heridas que se acompañan de dolor en el hombro hizquierdo. Júzguese por el cuado siguiente:

13 heridas con dolor de hombros	En 6 que dolia el derecho,	murieron	0	— %
	En 5 que dolia el izquierdo,	murieron	2	40.00 %
	En 2 que dolian ambos,	murieron	1	50.00 %

De la comprobacion del síntoma dolor de hombros no se desprende ninguna indicacion operatoria precisa. Nadie practicará la laparotomia en una herida penetrante del abdómen por el solo hecho de haber encontrado la existencia del dolor al hombro derecho, aun cuando este síntoma pueda hacer sospechar con fundamento la lesíon del hígado; se intervendrá con una hemorragia muy grave ó en presencia de desórdenes tales cuya necesidad de combatir sea evidente. Lo mismo diremos de los casos de herida penetrante del abdómen acompañados de dolor al hombro izquierdo, pues este síntoma por sí solo no revela necesariamente la existencia de una herida del estómago.

En cuanto á la interpretacion patogénica del síntoma dolor de hombros, es muy conocida la explicacion que corre en varios libros, y aunque nosotros no estamos muy entusiasmados por ella, no tenemos todavia ninguna objecion séria que hacerle.

Buenos Aires, Diciembre 21 de 1893.

EL NUEVO HOSPITAL DE NIÑOS EN BUENOS AIRES

La Sociedad de Beneficencia ha colocado recientemente la piedra fundamental del nuevo hospital de niños, cuya construccion ha comenzado en el terreno comprendido entre las calles Gallo, Bustamante, Paraguay y Mansilla, midiendo una superficie de 26.463 metros cuadrados y con capacidad de 400 camas.

Damos en seguida una ligera reseña de esta importante obra, y dos dibujos del hospital, que nos han sido amablemente facilitados por los señores Contell y Conte, editores de la «Ilustracion Sud Americana».

El vasto espacio que ocuparán los diversos pabellones del nuevo hospital, está dividido por una ámplia avenida de árboles. Así quedan separados los dos grupos principales del edificio, uno destinado á enfermedades generales y cirugia y los diversos servicios del establecimiento, el otro adaptado á las enfermedades contagiosas ó infecciosas.

En el primer grupo y en contorno de un espacioso *cour d'honneur* se levanta el edificio de tres pisos destinado á la administracion, y que además contiene los consultorios, la farmacia, las habitaciones de los internos, de los empleados y de las hermanas. Tendrá, tambien, su correspondiente capilla.

Sobre el frente posterior del edificio y separado por un ancho prado está el pabellon de operaciones con sus dos salas, sus laboratorios, sus piezas de reposo de los operados y otras dependencias.

A uno y otro lado de este pabellon central y reunidos por ámplias galerias techadas, se hallan dos secciones de medicina (enfermedades generales) y un pabellon de cirugia; contienen éstos sus espaciosas salas de pacientes, sus cuartos de aislamiento y sus comedores, que durante el dia se transforman en cuartos de recreo.

Cada uno de estos pabellones contendrá en el piso bajo á lo menos 27 camas de niñas y en el piso alto igual número de varones.

Nuevo Hospital de niños, de Buenos Aires, construido por la Sociedad de Beneficencia.
(Dibujos cedidos por los Directores de la *Ilustracion Sud Americana*.)

El pabellón con su frente principal sobre la calle Gallo, está destinado á enfermedades especiales. Este pabellon tendrá en ambos pisos sus consultorios y sus salas de exámen y operaciones. El piso bajo contendrá 24 camas de enfermos de la garganta y oidos, y el piso alto, independiente del resto del edificio, estará reservado á enfermedades de la piel con sus dos salas de una capacidad total de 24 camas.

Sobre el eje central del edificio de Administracion está situado el pabellon de servicio destinado á recibir las cocinas, la despensa y los almacenes de provisiones en sus espaciosos sótanos; contendrá, además, los comedores de los empleados.

Cerca de los pabellones de medicina se levantará un pabellon especialmente destinado á baños de toda especie, tanto medicinales como higiénicos, si bien cada pabellon tiene independientemente sus cuartos de baño reservado para el servicio interior.

A fin de poder facilitar el completo restablecimiento de los pequeños pacientes, se destinará un ángulo del terreno para pabellon de convalecientes, que llevará el nombre del inolvidable Dr. Rawson, en memoria de su donativo con este objeto.

El pabellon de lavaderos y desinfeccion con sus secaderos á vapor y al aire libre, sus talleres de plancha y de composturas y demás accesorios ha sido objeto de especial atencion.

Viene á completar el conjunto de este grupo del Hospital el pabellon destinado á la «Morgue» con sus depósitos de cadáveres y su sala de autopsias. Este pabellon está situado en el extremo del terreno y sobre la calle General Mansilla, donde tambien se halla el pabellon de caballeriza y cochera destinado á guardar las ambulancias y carros de provisiones, etc

---

El grupo destinado á los edificios de enfermedades contagiosas se compone de tres pabellones completamente aislados entre sí y convenientemente separados del resto del Hospital.

NUEVO HOSPITAL DE NIÑOS

Estos últimos están reservados para recibir los atacados de sarampion, escarlatina, difteria y viruela.

Cada uno de ellos contendrá, además de sus correspondientes salas y piezas de aislamiento, sus consultorios especiales, sus refectorios, cocinas, baños y guardarropas.

El pabellon de sarampion y escarlatina como tambien el de diftéricos tendrá dos pisos; el de viruela uno solo, pudiendo contener en su conjunto un número de 100 camas entre los tres pabellones citados.

Las instalaciones sanitarias están previstas para funcionar con las cloacas domiciliarias, y tanto estas obras como las instalaciones de aguas corrientes forman parte del proyecto, debiendo empezar en breve las Obras de Salubridad de esta capital á hacer los trabajos que reunirán el nuevo Hospital á sus ramales.

La ventilacion ha sido tambien objeto de detenido estudio, habiéndose considerado desde un principio como uno de los puntos capitales en un edificio de este carácter.

Se han reservado grandes prados ó patios de recreo en el espacio comprendido entre los diversos pabellones y donde los convalecientes puedan respirar y jugar al aire libre.

En el interior de los pabellones que contienen salas de enfermos se ha previsto, además de las escaleras de mármol, un ascensor para los pisos altos.

Los pabellones tendrán un servicio bien combinado de guardarropas numerados donde cada niño tendrá depositada la ropa con que ingresó en el Hospital, y la cual, previa la desinfeccion, permanecerá conservada hasta la salida definitiva del establecimiento.

Tal es, á grandes rasgos, el hermoso hospital que la incansable actividad de las distinguidas damas de la Sociedad de Beneficencia va á consagrar á la infancia enferma, con el esfuerzo y la caridad del pueblo de Buenos Aires.

Buenos Aires, 31 Diciembre 1893.

CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES

por el Dr. **E. Loumeau**

Profesor libre de clínica de enfermedades de las vias urinarias — *Bordeaux, 1894;* Feret et Fils, editores; un volúmen in 8º, 300 páginas

El distinguido profesor de Anatomia de la Escuela de Bellas Artes de Burdeos, Dr. E. Loumeau, ha reunido en un elegante volúmen los diversos é interesantes trabajos clínicos sobre cirugia de las vias urinarias, que ha presentado á la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux* y que han sido ya publicados en dos periódicos de aquella ciudad, los *Annales de la Policlinique* y el *Journal de Médecine.*

Veinte y tres capítulos comprende la obra cuyo sumario es el siguiente:

I. Abceso perinefrítico abierto en los bronquios; Fístula uretral consecutiva á la ligadura de la verga—II. Fimosis congénita con estrechez del orificio prepucial; complicaciones; particularidades relativas á la operacion; curacion—III. Cuerpo extraño de la vejiga en una jóven de diez y ocho años; extraccion por la uretra; curacion—IV. Blenorragia aguda y curada por la formacion de un abceso infra uretral—V. Cistitis crónica y sublimado—VI. Meato en forma de ocho—VII. Accidentes variados de orígen prostático; curacion—VIII. Hidroceles y estrechez de la uretra—IX. Estrechez de la uretra; uretrotomia interna; curacion—X. Tratamiento de las cistitis blenorrágicas por las instilaciones de sublimado—XI. Estrechez de la uretra en la mujer—XII. Cálculos intermitentes de la vejiga; dificultades del diagnóstico; talla perineal; curacion—XIII. Fragmentos de sonda perdidos en la vejiga; tentativas infructuosas de extraccion por la uretra; talla hipogàstrica; curacion—.XIV Incontinencia nocturna de orina y fimosis—XV. Litotricia á seco en un prostático á vejiga irritable XVI. Supresion de la sonda *á demeure* despues de la uretrotomia interna—XVII. Sobre un caso de talla hipogástrica—XVIII.

Voluminoso cálculo de la uretra—XIX. Reseccion involuntaria de la vejiga durante una laparotomia—XX. Seis casos de estrechez de la uretra—XXI. Prostático y estrechez—XXII· Sondas rotas en la uretra.

Hoy que el laboratorio y los trabajos de gabinete todo lo invaden y que la observación metódica y la experiencia de la clínica queda muchas veces relegada á un rango inferior; hoy que se hace gran lujo de erudicion bacteriológica, olvidando el adagio que *ante omnia cura;* hoy que como lo dice muy bien el autor de un excelente formulario terapéutico (1) « *à force de trop considérer l'organe ils arrivent à délaiser l'organisme; hypnotisés par la petite bête, ils n'ont plus cure de la grosse* »; un libro clínico eminentemente práctico y fruto de una observacion prolija y de una interpretacion exacta de los hechos, es sin duda alguna interesante y útil, por más que mezclado con los casos raros haya muchos comunes y bien conocidos de los especialistas y aun de los médicos en general; estos últimos siempre encierran alguna particularidad que los destaca de los demás y de su lectura siempre se adquiere algun dato nuevo.

Considerado el libro del Dr. Loumeau bajo este punto de vista, podemos decir que todos sus capítulos son interesantes, pero entre ellos hay algunos que por su rareza, por sus particularidades y por la manera como son tratados por su autor, merecen una atencion especial y son muy dignos de un exámen detallado.

En el primer capítulo se trata de un hombre de cincuenta años, atacado de *un abceso perinefrítico*, que se abrió espontáneamente en uno de los bronquios, habiendo el paciente expulzado la mayor parte del pus en forma de vómica y que curó perfectamente á pesar de este accidente eminentemente raro. No puede dudarse de la veracidad de este hecho, porque el Dr. Loumeau, despues de haber hecho una incision en la region lumbar y haber evacuado por allí cierta cantidad de pus, practicó algunos dias despues, para apresurar la cicatriza-

(1) E. Mozin «Formulaire de Médecine Pratique». — Paris, 1893.

cion, una inyeccion de dos gramos de tintura de iodo en el foco del abceso, é inmediatamente el enfermo experimentó un fuerte acceso de tos y de asfixia y expulsó gran cantidad de esputos purulentos; entre los esputos se reconoció el color característico de la tintura de iodo. Para asegurarse de la presencia real de la tintura, el Dr. Loumeau mezcló á los esputos un poco de polvo de almidon y obtuvo una coloracion azul intensa, con lo que queda perfectamente probada la comunicacion del abceso perinefrítico con los bronquios á través de la pleura izquierda. Es este un caso excepcional y digno de ser conocido para evitarse una sorpresa en una circunstancia análoga.

Otro de los casos curiosos que el autor registra es el de un voluminoso cálculo de la uretra cuya historia está relatada en el capítulo XVIII, pág. 212. Se trata de un agricultor de 67 años, que desde algunos años sufría de accidentes de la miccion y que llegó un momento en que toda evacuacion de orina se hizo imposible, sin contar que sufría dolores muy fuertes en toda la region peniana de la uretra. Tomando la verga con la mano se le siente pesada y como endurecida por un cuerpo resistente que *bourre* el canal y cuya extremidad anterior aparece en el meato con el aspecto característico de un cálculo. Por medio de una simple pinza hemostática se dilató el canal y se extrajo el voluminoso cálculo cuyas dimensiones eran las siguientes: longitud máxima tomada sobre la convexidad, *nueve* centímetros; longitud de la cara cóncava, *ocho* centímetros; el perímetro tomado en su parte más gruesa media *siete* centímetros. Su peso era de *21 gramos* y estaba formado en su totalidad de *oxalato de cal*.

Naturalmente que la verga en cuya uretra se alojaba semejante cálculo estaba siempre en posicion horizontal y el pobre agricultor con toda su prosa había realizado sin quererlo el ideal de los poetas: « la ereccion perpétua. »

Este caso es verdaderamente raro, y cálculos de la uretra de este volúmen poco más ó menos son excepcionales y los autores los citan como una curiosidad, tales son los casos de Lanzert, de Folet, de Fleury, de Mathis, de Zeisse, etc.; en cam-

bio, si los de gran tamaño son raros y únicos, los de pequeñas dimensiones son numerosos, y ha habido casos como el de Civiale, en que se han encontrado en la uretra 220 cálculos. Estos cálculos ocupan las diversas regiones de la uretra, especialmente las profundas (bulbar, membranosa, prostática) mientras que en el caso que nos ocupa el cálculo ocupaba exclusivamente la region peniana. donde es muy difícil que estas piedras adquieran tan gran volúmen.

En los capítulos V y X habla del tratamiento de las cistitis blenorrágicas y crónicas por el sublimado, tratamiento que como sabemos ha sido recomendado por Guyon.

De las tres cistitis crónicas tratadas por las instilaciones de sublimado, obtiene en una una curacion completa, en otra una ligera mejoría y en la tercera ningun resultado. Difícil es sacar alguna conclusión respecto al valor del sublimado en estos casos, pero nos inclinamos á creer que es difícil que este mercurial consiga reemplazar en la terapéutica al nitrato de plata, cuyos buenos servicios no pueden negarse.

De los seis casos de cistitis blenorrágicas agudas y crónicas, ha obtenido un excelente resultado y sin duda alguna es un tratamiento digno de tomarse en cuenta seriamente; pero creo que debe empezarse la cura con el nitrato ó con los lavajes de la vejiga, con el permanganato de potasa, dejando el sublimado como último recurso, porque este último es más difícil de manejar y es algo (por no decir bastante) doloroso y no ha hecho todavia suficiente práctica para que se le dé la *superioridad*, sobre los demás agentes conocidos, de *premier abord*. El Dr. Loumeau reconoce al sublimado la ventaja sobre el nitrato, de ser más activo y menos « salissant dont les traces noires causent tant d'ennuis en chirurgie urinaire », pero reconoce que su solución, un poco concentrada, tiene el inconveniente de provocar dolores muy fuertes.

Otro capítulo interesante del libro del Dr. Loumeau, es el que trata de la supresion de la *sonda permanente* después de la uretrotomia interna. Tres observaciones prolijas acompañan este capítulo y prueban que la supresion de la sonda despues de esta operacion tiene reales ventajas sobre el pro-

cedimiento clásico recomendado por los especialistas en general. Si Reybard fué el primero que despues de la uretrotomía interna creyó conveniente introducir en la uretra seccionada una especie de dilatador, es á Civiale á quien se debe la idea de colocar una sonda *á demeure*, idea que fué brillantemente defendida por Saint-Germain en su tésis del año 1861. Sin embargo, algunos distinguidos cirujanos como Maisonneuve y Sedillot no aceptaron inmediatamente la idea de Civiale (y sobre todo Sedillot, que practicó una serie de 11 uretrotomias sin sonda); pero poco tiempo despues tuvo lugar una larga y célebre discusión en la *Sociedad de Cirugía de París* á propósito de la sonda permanente y casi todos los cirujanos estuvieron de acuerdo en emplearla siempre despues de esta operacion. Pero si la *Sociedad de Cirugía* creyó necesaria la colocacion de la sonda, hubo cirujanos que siguieron practicando la uretrotomia interna sin ella, obteniendo siempre ó casi siempre muy buenos resultados, hasta que Horteloup, colocándose en un término medio, sostiene en el Congreso de Cirugía de París de 1892, que la sonda permanente no es necesaria en todos casos y termina su trabajo con las conclusiones siguientes:

1º. Antes de proceder á hacer la uretrotomía interna es necesario buscar la septicidad de la orina.

2º. Si la orina es séptica es necesario colocar una sonda permanente durante cuatro ó cinco dias.

3º. Cuando se encuentra la orina aséptica no es necesario emplear la sonda permanente.

De este pequeño resúmen histórico resulta que el estado actual de esta cuestion es que: (a) Ciertos cirujanos emplean la sonda permanente siempre; (b) Otros no la emplean en ningun caso; (c) Algunos como Horteloup, la emplean algunas veces.

No es aquí el momento de discutir este asunto que necesitaria un largo capítulo, pero por los casos que hemos visto podemos inclinarnos sin esfuerzo del lado de los que suprimen la sonda permanente como *generalmente inútil* y no desprovista de inconvenientes, pues no hay ninguna razon

verdadaderamente científica que obligue á usarla. Dos son las razones principales que hacen que los cirujanos empleen la *sonda permanente:* 1º, para mantener separados los labios de la herida hecha con la lámina cortante del uretrótomo; 2º, para evitar que la orina pase por la herida.

Respecto á la primera, podemos contestar que la herida se cicatriza *en superficie*, de manera que *l'on met une piece au canal*, como lo dice muy bien Reybard (1).

En cuanto á la segunda, diremos que la sonda permanente no evita de ninguna manera que la orina pase por la herida; luego es esta una precaución inútil.

A los casos de Loumeau podemos agregar tres más que hemos tenido ocasion de ver en el *Hospital St. André de Burdeos* en los servicios de mis eminentes maestros los doctores Demons y Villar, y los tres con excelente resultado. Aun más: creo que uno de nuestros distinguidos especialistas en vías urinarias, el Dr. Texo, ha practicado en el *Hospital Rawson* (de Buenos Aires) una ó dos uretrotomías internas sin sonda permanente, obteniendo un buen resultado.

Verdad es que todavía no hay un número de casos suficientes como para *trancher* esta cuestión de una manera definitiva, pero creemos que la balanza debe inclinarse del lado de la supresion de la sonda, y por nuestra parte creemos que si tuviéramos una uretrotomía interna que hacer la haríamos sin poner la dichosa *sonda á demeure*, por más respeto que tengamos al gran maestro en la materia, el profesor Guyon.

Pero el capítulo más importante de esta obra y que debe leerse porque serviría de enseñanza á muchos, es el que trata de la reseccion involuntaria de la véjica durante las laparotomías. El autor hace lo historia completa de estos accidentes y señala las causas de error é indica los medios para evitarlos y para subsanarlos en los casos que se produzcan á pesar de todas las precauciones que el cirujano haya tomado. Es un capítulo magistral que merece leerse para bene-

---

(1) Guyon. *Leçons cliniques*, 1881, pág. 692.

ficio de los operados y del operador. Trae un caso propio, donde confiesa la *mea culpa*, con toda la honradez científica que debe tener un cirujano de conciencia; este capítulo hace mucho honor á su autor. ¡Ojalá todos sigamos su ejemplo en beneficio de la ciencia y de los enfermos que se nos confian!...

Para terminar, diremos que el libro del Dr. Loumeau puede leerse sin temor de perder el tiempo como pasa con muchos otros que se multiplican diariamente como los panes Cristo; son tan numerosas las publicaciones médicas actuales, que la bibliografía se vuelve un caos y es difícil encontrar el hilo que nos saque del laberinto en que estamos metidos, ó más bien dicho, en el que nos meten los autores á granel.

Para publicar su libro el Dr. Loumeau no necesitaba parapetarse tras el cliché ya muy usado del «pedido de los alumnos y colegas ó de los amigos». Bienvenidos sean siempre los libros clínicos.

DR. TORNÙ.

Buenos Aires, Diciembre 22 de 1893.

LA CORNUTINA

Su empleo durante el período puerperal

Experiencias instituidas por el Dr. P. Krohl, en la clínica del Dr. von Rosthorn, profesor extraordinario de obstetricia y ginecología en la Facultad Alemana de Medicina de Praga, han demostrado que la cornutina (que segun el Dr. Kobert profesor de farmacología en la Facultad de Medicina de Dorpat-Jouriew, es el principio activo del cornezuelo de centeno), administrada á las recien paridas, ejerce la mas feliz influencia sobre la involucion puerperal del útero; y ha podido convencerse de esta accion del medicamento sobre 40 primíparas, á las que ha administrado, en seguida del parto, las píldoras siguientes:

Cornutina.....	0 gramos	08 centígramos
Arcilla.....	3	»
Agua..... } Glicerina..... }	ââ	Q. S.

F. S. A. 20 pls.— A tomar—6 píldoras (ó sea 24 miligramos de cornutina por dia.)

Comparándose el estado de estas mujeres con el de otras paridas igualmente primíparas, y de las cuales 40 tomaban 3 gramos de ergotina por dia, mientras que otras 40 no recibian ningun medicamento, nuestro colega ha llegado á las siguientes conclusiones:

La cornutina provoca mas seguramente que la ergotina entuertos en las primíparas durante los primeros dias que siguen al parto.

Favorece mucho mas que la ergotina la involucion uterina; ella trae una disminucion rápida del volúmen de la matriz, disminucion que está sobre todo de manifiesto en los tres primeros dias, y acelera la oclusion del orificio cervical interno, lo mismo que la desaparicion de los loquios sanguinolentos.

Trae un retardo marcado del pulso, no modifica en nada la temperatura ni la secrecion láctea y no ejerce ninguna influencia enojosa ni sobre la madre ni sobre el hijo.

Segun M. Krohl, el uso de la cornutina estaria indicado despues de la extraccion manual de la placenta y de los restos del huevo en los abortos; en los casos de sub-involucion uterina ó cuando los loquios sanguinolentos duran demasiado; en la endometritis puerperal; en fin, hasta en los partos normales, para apurar la vuelta de la matriz sobre ella misma.

La cornutina está contraindicada en las hemorrágias del embarazo y en los casos de debilidad en las contracciones uterinas en el período de dilatacion y en el de la expulsion.

TERAPÉUTICA

(De *La Semaine Médicale*)

Por **Silvio Tatti**

Tratamiento del lupus por las inyecciones hipodérmicas de gaiacol y de thimol

El Dr. Moreau ha curado el lupus y otras afecciones tuberculosas de la piel (gomas y ganglios tuberculosos) por las inyecciones subcutáneas de una mezcla de gaiacol y de thimol ó de gaiacol y de aristol.

He aqui la fórmula que emplea el Dr. Moreau:

Thimol.....	2 gramos
Gaiacol Aceite de olivas esterilizado	aa 50 gramos

M·—para inyecciones hipodérmicas.

Las inyecciones se practican dos veces por semana, empezando por inyectar 1 gramo de la solucion y aumentando graduaimente la dósis para llegar á 3 c. c. despues de seis inyecciones.

Estas inyecciones provocan fenómenos generales y síntomas de reaccion local; entre los primeros deben notarse: dolor quemante y sensacion de calor en casi todo el cuerpo, aumento de algunos décimos de grado de la temperatura, pulso acelerado, cefalea y un dolor muy vivo que asienta al nivel de la espalda, que se irradia al brazo y provoca durante uno ó dos minutos parescia del miembro.

La reaccion local es muy pronunciada. Se manifiesta por formacion de exudados que, despues de la 6ª ó 7ª inyeccion, dan lugar á una tendencia cicatricial, las placas de lupus se descongestionan, los nódulos se decoloran y se borran, los gomas y ganglios ulcerados cicatrizan rápidamente.

Al mismo tiempo que se practican las inyecciones, el Dr. Moreau aplica cauterizaciones ígneas con la punta mas fina

del termocauterio sobre las placas lùpicas, siguiendo el procedimiento del Dr. Besnier.

Algunos usos terapéuticos de la belladona

El Dr. Murray obtiene con la belladona buenos resultados en el tratamiento de los cólicos nefríticos; en la defecacion dolorosa en las mujeres atacadas de afecciones útero-ováricas; en la oclusion intestinal y en la tiflitis.

He aquí como la administra:

En el *cólico nefrítico* da tintura de belladona á la dósis de 30 á 40 gotas, repetidas cada 2 ó 3 horas, hasta que sobrevenga un ligero delirio, siendo este último una condicion *sine qua non* de su accion terapéutica, que se manifiesta por la cesacion de los dolores y por la expulsion de los cálculos.

Contra los *dolores que acompañan á la defecacion* en las flegmasias útero-ováricas y pelvianas, la administra en la forma siguiente:

Ungüento mercurial.....	0	gr. 12	centig.
Extracto de belladona.....	0	» 06	»
Sub-nitrato de bismuto....	0	» 18	»
Manteca de cacao.....		C. S.	

M.—Para un supositorio. Háganse seis iguales. Introdúzcanse dos por dia.

En el *ileus* aplica sobre el abdómen una compresa de 50 cent. cuadrados, revestida de extracto de belladona con una pequeña porcion de vaselina.

Cuando después de algunas horas sobrevienen síntomas de atropinismo, se hace un lavaje intestinal con hiel de buey, que quita á menudo la obstruccion intestinal.

En la *tiflitis* al principio administra ópio á altas dósis; despues, cuando ha pasado el período agudo de la afeccion, aplica sobre la region enferma una compresa de 20 cent: de largo por 0,07 de ancho, untada con la pomada siguiente.

Extracto de belladona Ioduro de potasio	aa 4 gramos
Vaselina	30 gramos
M. (Uso externo)	

Al mismo tiempo los enfermos se introducen en el recto un supositorio conteniendo 0,06 gramos de extracto de belladona. Y en cuanto aparezcan los primeros síntomas de intoxicacion administra un enema jabonoso con hiel de buey y carbonato de soda, que produce una deposicion copiosa sin irritar el intestino.

El mejor antiséptico para la cavidad bucal

El doctor P. Unna recomienda limpiar la dentadura con un cepillo abundantemente cargado de clorato de potasa finamente pulverizado, lavándose despues con abundante agua la boca.

Esta limpieza de los dientes deja una sensacion de frescura que se extiende hasta las amígdalas y la faringe. Teniendo en cuenta sus propiedades antisepticas constituye el mejor medio profiláctico contra las anginas infecciosas y la difteria.

Cuando existen soluciones de continuidad en la boca, el clorato causa mucho dolor, pudiendo emplearse entonces la siguiente pasta dentrifica: Creta preparada, polvos de iris, jabon y glicerina y además 50 % de clorato de potasa.

De la crema de tártaro en la terapéutica de ciertas enfermedades venéreas

El médico italiano doctor Oteri, recomienda la siguiente fórmula contra la blenorragia:

Crema de tártaro...	10 gramos
Agua destilada.....	100 »

H. S. A. Para inyecciones uretrales.
Agítese la mezcla antes de usarla.

Un tratamiento de la erisipela

He aquí el tratamiento que indica el doctor Gluck (de Berlin):

Se lava con cuidado la region atacada y se practican en ella incisiones múltiples, en algunas partes que lleguen hasta el dermis y en otras hasta el tejido subcutáneo. Se lava la superficie con una solucion antiséptica, y con la mano desinfectada se esprime la serosidad acumulada en las vias linfáticas y despues se frota con una pomada al ichtiol al 60 % y se recubre con tarlatan y algodon. Se cambia la curacion dos veces por dia, continuando las fricciones varios dias despues de desaparecida la fiebre.

Concursos, premios y hospitales de la Asistencia Pública

La Direccion General de la Asistencia Pública ha propuesto á la Intendencia Municipal establecer un concurso anual entre los internos de los hospitales dependientes de ella.

El tema del concurso será fijado por la Asistencia; los premios consistirán en cien pesos oro al mes, por seis meses, para que el candidato laureado estudie en Europa durante dicho tiempo, y sucesivamente una medalla de oro, plata, cobre, para los otros autores.

Al mismo tiempo ha pedido autorizacion á la Intendencia para establecer otro concurso anual entre los médicos de la Asistencia Pública.

Igualmente ha llamado à un plebiscito para antes del 5 del actual, á fin de que todos los médicos de la capital den su opinion sobre este punto:

¿Cuál es el mejor sistema de asistencia médica gratuita á la clase menesterosa de Buenos Aires?

Ha resuelto tambien la construccion de pequeños hospitales en Belgrano, Flores y la Boca.

Los planos del de Belgrano están ya hechos y son obra del Ingeniero Agrelo. Este hospital tendrá capacidad para 80 camas.

Ha ordenado la confeccion de los planos definitivos de las obras del hospital Rawson. Los que corresponden á la sección de tuberculosos, que serán 100, están ya construidos.

Actualmente, el ingeniero municipal señor Cagnoni, se ocupa de preparar los planos de las obras que completarán aquel establecimiento. El señor Thays, director de paseos, proyecta los jardines necesarios para el mismo.

Los planos correspondientes al edificio de la Direccion General de la Asistencia Pública, han sido ya comenzados por el ingeniero Cagnoni; y están basados en concepto de construir la nueva casa en el terreno hoy ocupado por ella.

Sobre la base del laboratorio bacteriolójico, ha propuesto la Asistencia la creacion de un gran instituto de higiene pública, con estas secciones: anatomia patológica, bacteriologia y química, debiendo tener además del personal actual, dos médicos, un químico y un veterinario.

Con estos elementos y los ya existentes, el instituto proyectado será un centro de altos estudios científicos que honrará la administracion sanitaria y probará el desarrollo intelectual que la ciudad de Buenos Aires ha alcanzado.

El servicio de vias urinarias en el Hospital Rawson

El doctor Texo, jefe del servicio de vias urinarias en el Hospital Rawson, ha pasado una comunicacion al Dr. Señorans, Director de la Asistencia Pública y en ella se leen los siguientes párrafos:

Desde que me hice cargo del servicio de cirugia de las vias urinarias, he creído siempre de buena administracion dar cuenta cada seis meses de la marcha del servicio que dirijo, señalar los progresos que en él se hubieran realizado, las deficiencias que la práctica diaria me demostrase, contribuyendo así á que este servicio de cirugia especial, único oficialmente creado en los hospitales municipales, llegue por su organizacion al gran fin á que está llamado.

Me hago una satisfaccion en manifestar al señor Director, que al hacer las indicaciones de reforma que mi servicio necesita, tomo por modelo principal la fundacion Civiale que dirige el profesor Guyon, creada por la Municipalidad de París, el más importante de Europa.

Con el cambio de sala efectuado en el último mes en que era todavia Director el doctor Coni, el servicio se encuentra en mejores condiciones; el pabellon separado que actualmente ocupa es semejante al del otro servicio de cirugia general que dirige el distinguido doctor Llobet, y obvias son las ventajas reportadas, por cuanto los servicios quirúrjicos deben ser colocados en preferentes condiciones higiénicas á los simples servicios de clinica médica.

El número de enfermos urinarios ha aumentado sensiblemente de un tiempo á esta parte, y mientras que el año pasado no se presentaron sinó intervenciones uretrales y perineales, este año se han hecho numerosas operaciones como ser abcesos perinefríticos, tallas hipogástricas con sutura completa, extraccion de cuerpos extraños, litotricias, abscesos prostáticos, uretrotomías, epiteliomas y otros tumores del aparato gènito-urinario.

El resultado de todas ellas lo haré conocer en el informe estadístico anual que oportunamente presentaré al señor Director de este hospital.

Es de sentirse que todavia se siga confundiendo el grupo de enfermedades para que está destinado este servicio con el de las enfermedades venéreas en general: ellas deben ser separadas, y los urinarios se encontrarian en mejores condiciones y no expuestas las superficies cruentas de una sala de cirugia á los contagios consiguientes de las enfermedades de la piel, que son como se sabe en su mayoria parasitarias ó virulentas.

El consultorio ha tenido un buen movimiento: el número de enfermos acudiria á él indudablemente en mayor cantidad, si se les pudiera atender y curar con más comodidad. Actualmente me veo obligado á recibirlos en la misma sala, lo que ocasiona no solamente un gran trastorno en el personal del servicio, sinó que tambien permite el contacto diario de los enfermos con personas extrañas al establecimiento, lo que es contra toda disciplina hospitalaria.

Ei Dr. Texo propone la construcciónu de dos habitaciones más, para la consulta externa, cateterismos, lavajes uretrales, instilaciones, etcétera.

El consultorio, una vez asi organizado y dotado de todo lo necesario, ahorraria numerosas camas que están actualmente y no debieran estar ocupadas, una vez arreglada la instalacion que propongo.

En el servicio Civiale de Paris, los estrechos, algunos prostáticos y cistitis crónicas van diariamente al consultorio y no ocupan camas como aquí en Buenos Aires, en que una viciosa rutina ha dado en permitirlo.

La endoscopia y uretroscopia se ha llevado á cabo en más de cincuenta casos con los instrumentos de mi propiedad, que hasta ahora me veo obligado á prestar como muchos otros para el servicio de la Clínica.

La endoscopia y uretroscopia, para mejor observar, es necesario hacerla en cámara oscura.

Una seccion de fotografia que creí conveniente crear, fun-

ciona hace casi un año bajo la direccion del laborioso estudiante de medicina Sr. Greslebin.

En cuanto al personal de servicio fué aumentado en época del Dr. Coni, poniéndolo á ese respecto en igualdad de condiciones al del otro servicio quirúrgico del Dr. Llobet. Actualmente consta de dos practicantes, un cabo y dos asistentes.

No debemos olvidar que los urinarios demandan en general más trabajo que otros enfermos de cirugia general y requieren á cada instante baños calientes de asiento, cateterismos evacuadores, instilaciones de bicloruro, en muchos casos varias veces al dia, aparte de que todos sin excepcion requieren una curacion diaria.

Por lo tanto, me son de absoluta necesidad los tres asistentes que tengo, pero me es necesario un practicante menor además de los actuales; así podría evitarse el exceso de trabajo que obliga á que el cabo de la sala intervenga en casos que no son de su resorte.

El tratamiento médico, dada la índole eminentemente quirúrgica del servicio, poco rol juega; sin embargo, él es de importancia en las afecciones y complicaciones renales. La farmacia ha suministrado hasta ahora con exactitud los medicamentos recetados á excepcion de las cápsulas de Sándalo, sumamente necesarias en las operaciones á que me referia; debo prevenir que no se ha recetado bajo otra forma medicamentosa, por ser imposible y no prestarse á ello ese medicamento.

En las dietas lácteas prolongadas en que el enfermo se fatiga del alimento, una vaca viene al establecimiento y suministra dos veces por dia leche fresca á los enfermos que la necesitan.

El Dr. Texo menciona luego la instalacion del laboratorio de su servicio y la sala de operaciones de urgencia del mismo.

Este servicio de cirugia, dada su categoria, debe ser puesto en condiciones análogas á las del que dirige el Dr. Llobet; por tanto, pido para él los mismos irrigadores con pié de fierro que aquel posee y cuadros de madera con vidrios para guardar los cuadernos clínicos de los que he sido el iniciador en

nuestros hospitales y que en el servicio á que he hecho referencia se han adoptado.

No encontraria palabras para manifestar mi satisfaccion al ver cómo la Asistencia Pública ha atendido y puesto en práctica las indicaciones hechas por el distinguido Dr. Llobet, colocando su servicio en cuanto á instalacion, superior seguramente á cualquier otro de Sud América; él todo lo merece, pues cirujanos de su contraccion y competencia hacen honor al personal de la Asistencia Pública. El Dr. Llobet ha conseguido todo; hoy no le queda nada tal vez que pedir, y atendiendo al tiempo que presta sus servicios, se ha hecho con él justicia; yo, servidor más modesto, creo llegado mi turno.

Hay una parte de la instrumentacion que se deteriora con relativa rapidez, y creo debe figurar aparte, pues será necesario renovarla mensualmente; me refiero á las sondas de goma: ellas, dada su fabricacion, se deterioran con mucha facilidad. La desinfeccion adoptada en el servicio es la misma que en el servicio del Dr. Guyon en Paris, es decir, prévio lavaje en una solucion de biyoduro de mercurio al 1/5.000 pasan durante seis horas al aparato de desinfeccion por el ácido sulfuroso; modelo europeo que hice construir al hacerme cargo del servicio por los Sres. Cova y Cia. de esta ciudad. Al mismo tiempo creo tener la satisfaccion de poder decir que es este el único servicio de los hospitales en Buenos Aires que ha adoptado este procedimiento de desinfeccion.

Hay que tener en cuenta que el valor de las sondas de Vergne, de precio ligeramente superior al de los otros fabricantes, resisten muy superiormente la desinfeccion y el uso, resultando de aquí una carestía aparente y no real.

No debemos olvidar tampoco, que todo servicio al que se le presta la debida contraccion, aumenta paulatinamente el movimiento de enfermos, tanto en el consultorio como en la sala, y como el año entrante el servicio se encontrará debidamente instalado, gracias á la actividad que despliega el señor Director por todo lo que importa progreso, el cálculo del número de sondas aumentará tambien.

La Asistencia Pública de las capitales europeas, ha tratado

siempre de fomentar el progreso de la ciencia, contribuyendo en su respectiva esfera á facilitar elementos de enseñanza, tanto para el personal técnico, como para aquellos que se dedican al estudio de las ciencias médicas; hé ahí por qué los estudiantes deseosos de aprender que han concurrido á clínica, han sido tratados con atencion, explicándoseles los casos, de manera que sus visitas les fueran provechosas.

Ese era tambien el espíritu de la Asistencia Pública de Buenos Aires, durante la direccion del Dr. Coni, y me consta que el señor Director, que ha visto de cerca las ventajas que ha dado en Europa este sistema, sabrá con gusto que en Octubre de este año me dirigí á la Facultad de Medicina ofreciendo los elementos del servicio, que á principio del entrante año quedarán definitivamente organizados, para dictar un curso libre de vias urinarias. Aquella Facultad aprobó el plan, contestando que gustosa aceptaba mi proposicion, como Vd. verá por las notas cambiadas con ese motivo y que oportunamente enviaré al señor Director.

FEDERICO TEXO.

Buenos Aires, 27 Diciembre 1893.

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

OBRAS ENTRADAS EN EL MES DE DICIEMBRE DE 1893

Por compra

Rondot E., Régime lacté, edic. de 1893, 1 vol.

Janet P., Etat mental des hystériques. Les accidents mentaux, edic. de 1893, 1 vol.

Peter M., Leçons de clinique médicale, tome troisième, edic. de 1893.

Grancher J., Maladies de l'appareil respiratoire, edic. de 1890, 1 vol.

Por donacion

Puiggari M., Estudio práctico de las papainas y pepsinas comerciales como fermentos digestivos, tésis presentada en 1893, Buenos Aires.

FORMULARIO

Domansky, emplea estos sellos contra las neuralgias *à frigore*:

Fenacetina Salol	aa 2 gr. 50 á 4 gr.
Cafeina	25 ó 40 cents.

M. Hacer 10 sellos; tomar 2 ó 4 de dia. Son muy útiles en casos de neuralgias recientes del trigémino, ciática y reumatismo muscular agudo.

Solt, recomienda la siguiente mezcla contra la otitis aguda:

Ictiol.	1 gramo.
Glicerina Agua destilada	aa 7 gramos 50 centigramos.

M. Instilar tres veces por dia algunas gotas de esta mezcla en el oido.

El autor ha obtenido muy buenos resultados en la otitis con este tratamiento, manifestándose su accion por la cesacion rápida de los dolores y la desaparicion progresiva de los fenómenos inflamatorios de la caja del tímpano.

Palm, usa contra las verrugas estas fórmulas:

Acido tricloracético 9 gramos.
Alcohol 1 gramo.

H. s. a. Aplicar sobre la verruga una vez al dia.

O bien:

Acido salicílico } aa 5 gramos.
Acido láctico }

Colodion ricinado ,10 gramos.

M. Hacer dos tocamientos por dia.

Solís-Cohen, da contra la bronquitis aguda:

Salol } aa
Hidrato de terpina } 0,25 centígramos
Codeina 01 cent.

M. Para 1 sello. Hacer 12 iguales: y tomar uno cada dos ó cuatro horas.

Congreso Médico Internacional de Roma

Las sesiones de este Congreso tendrán lugar del 25 de Marzo al 5 de Abril de 1894.

Concurso de internado para 1894

En los primeros dias del mes de Enero tendrán lugar en la Asistencia Pública los concursos de internado para todos los hospitales municipales.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Noviembre de 1893

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIÁSMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	10	4	14
Viruela confluente	—	2	2
» hemorrágica	—	1	1
Sarampion	10	4	14
Escarlatina	9	8	17
Coqueluche	6	6	12
Difteria	16	14	30
Crup	9	7	16
Angina diftérica	3	2	5
Influenza	3	—	3
Angina estridulosa	—	1	1
	66	49	115
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	62	48	110
» laringea	1	3	4
» meningea	—	4	4
» artrítica	2	—	2
» intestinal	3	1	4
Enteritis tuberculosa	1	—	1
Infeccion purulenta	2	—	2
Sifilis infantil	6	—	6
Cáncer	4	4	8
» del estómago	11	2	13
» del hígado	1	—	1
» del pilocara	—	1	1
» de la nariz	1	—	1
» de la matriz	—	1	1
» de la lengua	1	—	1
» del útero	—	2	2
» del ano	1	—	1
» de la laringe	1	1	2
» del cuello	—	1	1
» del vientre	1	—	1
» del riñon	1	—	1
» renal	—	1	1
» gástrico	—	1	1
Reumatismo	—	2	2
Diabetes sacarina	2	—	2
Cloro anemia	—	1	1
	101	73	174

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	10	6	16
Apoplegia	2	1	3
Hemorragia	9	6	15
Meningitis	46	57	103
Embolia	2	—	2
Meningo-encefalitis	4	1	5
Encefalitis	—	1	1
Derrame cerebral	4	1	5
Hidrocefalia	2	—	2
Mielitis	2	—	2
Reblandecimiento cerebral	—	1	1
Demencia	—	1	1
Tétano infantil	6	3	9
Epilepsia	1	1	2
Eclamsia infantil	8	9	17
Parálisis general progresiva	5	—	5
Alcoholismo	5	—	5
Edema del cerebro	1	1	2
Ataxia locomotriz	2	—	2
Esclerosis cerebral	—	1	1
	109	90	199
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	2	—	2
Endocarditis	3	3	6
Aneurisma	1	—	1
Aneurisma de la aorta	1	2	3
Rotura de la aorta	1	—	1
Hemorragia	1	1	2
Angina de pecho	1	—	1
Vicio orgánico al corazón	22	20	42
Ateromasia arterial	3	—	3
Miocarditis	4	1	5
Linfagitis	—	1	1
	39	28	67

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis estridulosa..	1	—	4
Laringitis.....	—	1	1
Bronquitis.....	16	13	29
Bronco-neumonia.....	38	39	77
Neumonia.....	39	24	63
Pleuro-neumonia.....	5	3	8
Pleuresia.....	2	1	3
Congestion pulmonar ..	7	5	12
Edema de la glotis.....	2	—	2
» pulmonar.....	—	1	1
Hemorragia pulmonar..	1	—	1
Embolia pulmonar.....	—	1	1
Abceso pulmonar.....	1	—	1
Catarro sofocante.....	—	1	1
Bronco alveolitis.....	—	1	1
	112	90	202
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Dispepsia.....	1	2	3
Catarro intestinal.....	—	1	1
Gastritis.....	3	3	6
Gastro-enteritis.....	75	55	130
Atrepsia.....	17	17	34
Fiebre gástrica.....	1	1	2
Ulcera del estómago...	1	—	1
Indigestion.....	—	1	1
Enteritis.....	23	39	62
» coleriforme....	1	—	1
Entero-colitis.....	6	5	11
Oclusion intestinal.....	4	1	5
Enterorragia.....	1	—	1
Peritonitis.....	6	3	9
Colera infantil.....	1	2	3
Entero-peritonitis.....	—	2	2
Hernia.....	—	2	2
Hepatitis.....	1	—	1
Icteria.....	1	—	1
Hipertrofia.....	1	1	2
Angina flegmonosa.....	1	—	1
Diarrea.....	1	—	1
Peritiflitis.....	—	1	1
Angio colitis.....	1	—	1
Cirrosis hipertrófica...	2	—	2
» del hígado.....	4	1	5
	152	137	289
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITO-URINARIO			
Mal de Bright.....	4	1	5
Cistitis crónica.....	1	—	1
Quiste del ovario.....	—	1	1
Uremia.....	6	—	6
Nefritis.....	4	3	7
Albuminuria.....	1	—	1
Pelvi-nefritis.....	—	1	1
Metro-peritonitis.....	—	3	3
	16	9	25
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela.....	3	—	3
Gangrena.....	—	2	2
Flemon difuso.....	2	—	2
Eczema difuso.....	1	—	1
	6	2	8
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott.....	1	1	2
	1	1	2
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre.....	—	1	1
Eclamsia.....	—	2	2
Peritonitis.....	—	1	1
Hemorragia.....	—	1	1
Infeccion.....	—	1	1
	—	6	6
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion .	16	2	18
» por sofocacion..	—	1	1
Heridas.....	11	—	11
» por arma de fuego.....	4	1	5
Ustion.....	2	2	4
Envenenamiento.....	1	—	1
Repentinamente.....	1	1	2
Intoxicacion saturnina.	—	2	2
Rabia.....	1	1	2
Contusiones.....	1	1	2
Sincope.....	1	—	1
Traumatismo.....	2	—	2
Shock traumático.....	1	—	1
Fractura.....	3	—	3
	44	11	55

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	12	7	19
Nacidos muertos	69	43	112
Seberia	1	—	1
	82	50	132
E Sin clasificacion			
Caquexia	—	1	1
Accidentes de la dentición	—	1	1

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Anemia	1	1	2
Asfixia	1	2	3
Consuncion	1	6	7
Ulcera	1	—	1
Embolia	1	—	1
Hidropesia	1	—	1
Inanicion	2	6	8
Senectud	3	6	9
Vómitos	1	—	1
Angina	1	—	1
Sin especificacion	5	3	8
	18	26	44

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
747	570	1317

Nuevo gabinete de análisis

El señor L. Ruiz Huidobro, conocido químico farmacéutico, que ha prestado importantes servicios en el laboratorio municipal y farmacia central, ha abierto un gabinete de análisis químico y bacteriológico, en la calle Corrientes núm. 919.

Es un elemento mas de progreso que se agrega para bien de los enfermos y de los médicos que necesitan de estos estudios hechos por personas de la preparacion del señor Ruiz Huidobro.

Año XVII—1894 BUENOS AIRES Tomo XVII—Nº 2

Anales del Círculo Médico Argentino

FEBRERO DE 1894

HOSPITAL MILITAR

CURA RADICAL DE HERNIAS

Por el Dr. **A. Masi,**

Cirujano del Hospital Militar

En ningun gremio mejor que en el militar aparece mas de manifiesto la utilidad de tan sencilla cuan inócua operacion. Sencilla, porque sirven de guia datos anatómicos infalibles y de grueso calibre; inócua, porque si bien es una *operacion de peritoneo*, como dicen los viejos cirujanos en quienes aun dura el terror pánico que aquel engendraba en la época pre-antiséptica, el traumatismo aséptico que hoy producimos no es seguido de reaccion Si alguna vez presentan accidentes, el traumatismo ha sido *séptico;* justo es, en estos casos, *cepillar* las manos del cirujano y no *pegar una corrida á la operacion.*

Sin embargo, creemos que el braguero será por mucho tiempo un fuerte competidor de la operacion, todo el tiempo que tarde en disiparse el terror aquel de que hablamos. Por hoy solo tienen la suerte de verse libres del braguero los de la clase proletaria que acuden á los hospitales.

El cliente particular seguirá usándolo, no solo porque no tratamos de convencerle, sino que le insinuamos el sabio precepto de *mas vale pájaro en mano que buitre volando;* siga usando el braguero y no se exponga á una *operacion de peritoneo;* aun cuando mañana nos apresuremos á *dar el ataque* en presencia de la terrible estrangulacion, que en la generalidad de los casos termina con los sufrimientos

terrestres y, cuando no, deja en pos de sí una cloaca complementaria que bautizamos con el pasable apodo de *ano contra-natura.*

Los oficiales de nuestro ejército empiezan á solicitar la operacion en vista de los numerosos casos operados con éxito en los individuos de tropa, á quienes, *quieras ó no quieras*, se les ha traído á la operacion, porque si no se operan dejan de ser soldados por ser, como es la hernia, motivo esencialísimo de inutilidad para el servicio.

En el año que llevo en el servicio de oficiales he operado tres hernias, cuyas historias clínicas publico hoy en estracto para alentar á los demás á ponerse en las mejores condiciones de poder prestar servicios de tanta fatiga física como el de las armas.

Las tres eran muy pequeñas, es decir, de suma dificultad para encontrar y aislar el saco.

En los tres se ha empleado la anestesia clorofórmica por el método de Dastre; método operatorio de Championnière.

CASO I

Entero-epiplocele inguinal derecho

J. R., subteniente, de 21 años, soltero.

En 1883 apareció en la ingle derecha una punta de hernia. Nunca ha usado braguero. Cuando fué operada la hernia constituia un bubonocele reductible é indoloro del tamaño de una pera.

Para aislar el saco me sirvo generalmente de los dedos. Practico en él un ojal por el que introduzco el índice izquierdo para buscar sus límites y adherencias, al mismo tiempo que con los dedos de la mano derecha practico el aislamiento y diseccion. Extirpo todo el epiplon que fácilmente sale del abdómen. En este caso resequé 30 gramos. Catgut grueso para el pedículo del epiplon y cierre de la cavidad peritoneal. Seda para las suturas; cicatriza por primera intencion.

CASO II

Epiplocele inguinal izquierdo

J. E., subteniente, soltero, de 25 años. A los 22 años de edad tuvo un bubon supurado en la ingle izquierda. Se formaron trayectos fistulosos que tardaron cuatro meses en cicatrizar.

En el mismo lugar aparece pocos meses despues una punta de hernia: sólo sale cuando hace algun esfuerzo, penetrando espontáneamente al terminar este.

Al año ingresa al Hospital Militar y es operado de su hernia. No sé qué procedimiento se empleó entonces.

La hernia reaparece por debajo de la cicatriz á los pocos meses y al año de su primera operacion ingresa á mi servicio y es operado de nuevo.

Esta operacion fué de suma dificultad en el aislamiento del saco, por las adherencias cicatriciales de la primera operacion y por la poca consistencia del saco mismo, cuyo espesor era muy insignificante dada la poca edad que contaba la hernia.

Epiplon resecado, 56 gramos. Suturas con seda, ligaduras con catgut. Cicatriza por primera intencion.

CASO III

Epiplocele izquierdo

E. P., subteniente, de 20 años, soltero.

A fines de 1886, al saltar una pared, sintió un vivo dolor en la ingle izquierda y á los pocos dias se apercibe de que bajaba hasta el escroto un tumor del tamaño de una aceituna y reductible.

Empezó á usar braguero á los cuatro meses. Despues de dos años de uso constante lo abandonó y ya la hernia no bajaba al escroto, sino que se detenia por encima del arco de Falopio.

Abandonado el braguero, la hernia tendia nuevamente á descender; lo usa por ocho meses mas, al cabo de los cuales la aparicion de fuertes dolores le hicieron solicitar la operacion. Asi, ingresó al servicio con un bubonocele reductible y doloroso á la palpacion.

Fué operado por el mismo procedimiento que los otros. El saco llegaba hasta el nivel del arco crural, pero por su parte inferior se continuaba en un cordon que descendia hasta el testículo. Disecados el saco y el cordon, pude ver que éste era la parte inferior del saco que se habia obstruido por el uso del braguero y de ahi que despues del uso de éste la hernia no descendiera hasta el escroto. En efecto, estaba reducido á un conducto del calibre de una pluma de ganso completamente vacio, y cubierto de epitelio en su interior.

Se resecaron 15 gramos de epiplon. Seda y catgut para las suturas. Cicatriza por primera intencion.

En este caso se formó una pequeña coleccion sanguinea al nivel del cordon, de tamaño de una avellana, que se reabsorbió á los pocos dias.

Buenos Aires, Enero de 1894.

TRATAMIENTO DE LA DIFTERIA

POR EL BICLORURO DE MERCURIO

por **Diego T. R. Davison**

Hace cinco años y medio que en estos ANALES hice mi primera publicacion sobre el tratamiento de la difteria por medio del bicloruro de mercurio. En esa publicacion, como en otras subsiguientes que vieron la luz, traté de vulgarizar en la República Argentina un tratamiento para la difteria, que en varios países de Europa y Norte América habia sido coronado con verdadero éxito, y que en mi práctica me habia dado los resultados mas halagüeños.

La nueva experiencia que he obtenido durante el trascurso

de estos últimos años me ha confirmado, y me ha confirmado plenamente en la eficacia del bicloruro del mercurio como tratamiento para la difteria, á tal punto, que no vacilo en declarar que esta enfermedad combatida en debido tiempo por ese medicamento, queda despojada del carácter temible que habia adquirido, y puede su mortalidad quedar reducida á la de cualquier otra enfermedad infecto-contagiosa, tal como el sarampion.

El objeto principal de esta comunicacion es examinar el *modus operandi* del bicloruro de mercurio en la difteria. Cuando este medicamento fué por primera vez preconizado en el tratamiento de la difteria, se creyó que siendo esta una enfermedad producida por microbios, el bicloruro de mercurio que era un antiséptico estaba perfectamente indicado para combatirla. Más tarde se supo que el bacilus de Klebs-Loeffler quedaba casi siempre localizado en la mucosa de la garganta, y no penetraba dentro de la circulacion, pero que lo que penetraba y producia los síntomas de la enfermedad eran los productos resultantes de la accion del bacilus sobre los elementos del organismo con los que estaba en contacto. Entonces se objetó que era inútil administrar un antiséptico como medicamento interno en esta enfermedad, puesto que en la sangre de los diftéricos no habia microbios que destruir. En vista de los conocimientos patológicos que existian en esa época, esta objecion estaba perfectamente fundada; pero los que habíamos palpado de cerca los beneficios del bicloruro en la difteria, preferimos á pesar de esta objecion (que al fin solamente se referia á la inutilidad, no á la contraindicacion del medicamento), seguir con ese tratamiento, esperando que tarde ó temprano la bacteriologia y la química explicarian cómo el bicloruro de mercurio cura la difteria.

En la página 137 de «Las causas de la difteria», que publiqué el año 1890, sugeri la idea de que la accion benéfica de las sales solubles de mercurio en la difteria pudiera acaso explicarse en la neutralizacion de los productos del bacilus por medio de esas sales. Los experimentos hechos por Behring y Kitasato en el laboratorio de Koch á fines de ese mismo año,

probaron por primera vez que es perfectamente posible neutralizar los productos de la accion del bacilus que han penetrado á la circulacion, y que esta neutralizacion se puede efectuar por medio de agentes químicos.

Desde esa fecha quedó demostrado que la objecion que se habia hecho respecto de la inutilidad de administrar antisépticos como medicacion interna en la difteria, no tenia ya valor alguno. Era entonces cuestion de buscar cuáles eran los agentes que tenian el poder de neutralizar los productos del bacilus diftérico que habian penetrado á la circulacion. No conozco ningún experimento que se haya efectuado en animales para conocer si el bicloruro de mercurio es uno de esos agentes, pero la experiencia de los resultados que la administracion interna de ese medicamento ha dado en la difteria, no deja duda alguna de que el bicloruro de mercurio tiene la propiedad de neutralizar el veneno diftérico.

Pero si el bicloruro tiene esta propiedad, no es solamente en virtud de ella que puede esplicarse su accion benéfica en la difteria. Armado solamente con ese poder, la accion del bicloruro se limitaria á neutralizar los productos del bacilus diftérico, conforme éstos se fueran formando y penetrando dentro de la circulacion, pero el foco de la enfermedad — el nido de los bacilus en la garganta,—permaneceria ileso, y la enfermedad por consiguiente continuaria por tiempo indeterminado. Pero la experiencia demuestra que la curacion de la difteria, cuando es combatida por el bicloruro en el principio de la enfermedad, se efectúa generalmente de una manera rápida, y en la Suecia la curacion de la difteria por medio de cianuro de mercurio, segun los brillantes resultados del doctor Sellden, se ha efectuado sin ninguna aplicacion local con excepcion de gárgaras. Las sales solubles de mercurio deben de tener, pues, otra propiedad á mas de la de neutralizar el veneno diftérico, y esta otra propiedad tiene que ser la de impedir el desarrollo del bacilus de Loeffler en la garganta.

Sir Joseph Lister, en una conferencia dada ante la Sociedad Médica de Lóndres en Noviembre de 1889, tuvo ocasion de demostrar que hay dos clases de antisépticos: los germicidas

y los inhibitorios: los primeros destruyen á los gérmenes, los segundos prohiben su desarrollo en un pábulo. Hay antisépticos que son débiles en su poder germicida, y muy fuertes en su poder inhibitorio. Como ejemplo, Lister citó el caso del cianuro de mercurio que encontrándose su solucion en cantidad muy insignificante prohibia el desarrollo de gérmenes que se pudieran introducir, mientras que en cantidad mil veces mayor, era incapaz de destruir gérmenes ya formados.

Hay, pues, razon cientifica para creer que el bicloruro de mercurio tiene tambien el poder de combatir el desarrollo del bacilus diftérico en la garganta.

Administrando el bicloruro de mercurio bajo el punto de vista de su poder antiséptico inhibitorio, ó de su poder neutralizador del veneno diftérico, es evidente que para obtener buenos resultados es necesario dar dósis grandes. La experiencia ha demostrado que las criaturas soportan el bicloruro muy bien, y en dosis mucho mayores que las que antes se acostumbraba dar. En el «British Medical Journal» de Enero 3 de 1891, el doctor Comard escribe lo siguiente: «Tomando en cuenta la alta mortalidad de difteria á que se refiere el «British Medical Journal» de Diciembre 13 de 1890, me he propuesto sugerir que se pruebe el Licor Van Swieten en dósis de una cucharadita cada hora al principio, y despues á intervalos mas largos, conforme mejore el paciente. Yo he adoptado este tratamiento en sesenta casos, con el mejor resultado, sin haber tenido una muerte desde que comencé á usarlo.»

«Mi fórmula para una criatura de tres ó mas años es la siguiente: tintura de percloruro de fierro una dracma, licor Van Swieten una onza, glicerina una onza; dos cucharaditas cada hora, hasta cinco ó seis veces, despues cada dos, tres, ó cuatro horas segun la urgencia del caso.»

He citado esta experiencia del doctor Comard para demostrar que se puede y se debe administrar el bicloruro en altas dósis para obtener buenos resultados.

Desde un tiempo á esta parte yo he simplificado el tratamiento que antes usaba, dejando á un lado á la tintura de

fierro y al clorato de potasio y limitándome á administrar lisa y llanamente el bicloruro de mercurio. Creo que cuando se ven los casos á tiempo, no hay necesidad de dar tan altas dósis como usa el doctor Comard. Para una criatura de tres años arriba, media cucharadita del licor Van Swieten, cada dos horas al principio, me ha parecido suficiente. Pero si la enfermedad ha durado algun tiempo y presenta un grado peligroso de intoxicacion, el bicloruro se debe dar en mayor cantidad, y hasta puede llegar el caso en que seria necesario administrarlo hipodérmicamente, como parece que se ha hecho con resultados favorables en el lazareto de Mendoza.

El licor Van Swieten administrado en leche oculta su sabor metálico y las criaturas lo toman con mucha facilidad. Hay que darlo bien diluido para que no produzca irritacion intestinal, y cuando ésta se ha producido se puede combatirla con láudano sin necesidad de suspender el mercurio.

Dos reglas primordiales deben observarse en el tratamiento de la difteria. La primera es no perder tiempo en atacar á la fiebre con antipirina, etc., y purgantes. La indicacion es evitar el desarrollo del bacilus diftérico y neutralizar el veneno que ha penetrado dentro de la circulacion. La segunda, tratar á los casos mas leves como si fueran casos graves. Cuantas veces sucede que criaturas sufren durante varios dias de lo que muchas madres acostumbran llamar «llagas buenas», los que son únicamente tratados con aplicaciones locales, hasta que llega el momento en que la lucha que se ha estado sosteniendo entre el bacilus diftérico y el organismo humano se resuelve en favor del primero, viene en seguida la intoxicacion del segundo, y las «llagas buenas» se convierten en difteria.

No hablaré aquí de las aplicaciones locales que es conveniente hacer á las llagas; de ellas hay variedad, y muchas buenas.

Al concluir, no puedo menos de volver á recomendar lo que en otras ocasiones he indicado como un excelente coadyuvante del bicloruro, y este es el cogñac.

Buenos Aires, Enero 1894.

MOLA UTERINA

Por el **Dr. Pedro Legrand**

Médico agregado del Hospital Rawson

La poca frecuencia de las molas uterinas, el volúmen de la que observamos y la facilidad de error en el diagnóstico, nos inducen á publicar la historia de un caso presentado en la sala 6ª del Hospital Rawson, servicio del doctor Tessi, y que es el siguiente:

Jovita Odone, de 24 años de edad, costurera, entró á la sala 6ª, cama núm. 9, el 14 de Diciembre ppdo.

Antecedentes hereditarios, nulos. La menstruacion se estableció á los 14 años; nunca ha padecido ninguna enfermedad.

Hace cuatro años que es casada y ha tenido dos hijos; tuvo un aborto á consecuencia del cual guardó cama cuatro dias, y de esto hace proximamente dos años y medio.

Cinco meses antes de su entrada al hospital desaparecieron las reglas, al propio tiempo que tenia vómitos, dolor de cabeza, malestar general y poco después el abdómen comenzó á aumentar de volúmen.

Cuatro meses mas tarde, es decir, uno antes de entrar á la sala, notó que sus ropas eran mojadas con sangre que aparecia de una manera intermitente, pero aumentando de noche. Cinco dias antes de su ingreso al servicio la hemorragia se hizo más continua y fué en mayor abundancia; la sangre era de una coloracion negruzca; no habia fetidez; tuvo algunas hemóptisis, pero no fueron muy abundantes. Durante estos cinco dias aparecieron algunos dolores en el vientre que aumentaron mucho el dia anterior á su admisión en el establecimiento.

Exámen de la enferma.—Presenta un tinte amarillo muy pálido, conjuntivas muy pálidas, gran pérdida de fuerzas, pulso pequeño y rápido, signos evidentes de anemia á consecuencia de las pérdidas sanguíneas. Se queja de grandes dolores en el abdómen; hay hemorragia abundante. En las mamas hay secreción serosa. A la inspeccion se ve el abdómen muy abultado, llegando dicho abultamiento á dos

traveses de dedo por encima del ombligo. A la palpacion se nota un tumor redondeado, regular en su superficie, duro, cuya dureza aumenta cuando aumentan los dolores. A la auscultacion no se oyen latidos. El tacto vaginal nos revela la vagina caliente y un poco dilatada. El cuello del útero muy blando y el orificio entreabierto, permite la introduccion de dos dedos. Al introducir el dedo en la porcion cervical del útero se nota en el labio anterior cerca del ángulo derecho y orificio externo, un cuerpo blando y que está fijo en esa porcion del cuello uterino.

Examinada la enferma por los doctores Tessi, Zavaleta y yo, creimos que se trataba de un caso de embarazo, con placenta prévia, y atribuimos los dolores y hemorragias al aborto. La falta de latidos nos hizo creer en la muerte del feto.

Se le prescribieron enemas con láudano é inyecciones antiséptias calientes y se le administraron bebidas estimulantes Con los enemas laudanizados los dolores cedieron un poco, la enferma durmió como dos horas y á las 7 de la noche del mismo dia fué llamado el interno de guardia y pocos momentos despues Jovita expulsaba una mola carnosa cuyo peso era de 1800 gramos, al mismo tiempo que una gran cantidad de coágulos sanguíneos.

La expulsion de toda la mola duró como quince minutos, encontrándose la enferma muy aliviada de sus dolores.

Se le hicieron inyecciones intrauterinas de solucion boricada al 4 % y una gran irrigacion vaginal. La noche la pasó relativamente bien, pues pudo dormir como cuatro horas consecutivas

Al dia siguiente se encontraba sin dolor, la temperatura era de 36°8, el pulso pequeño; se le practicaron dos inyecciones intrauterinas y grandes lavages vaginales; se le dieron bebidas tónicas. Los demás dias la paciente siguió sin fiebre, sin dolores, y una pequeña secrecion muco-purulenta que se habia establecido desapareció al quinto. Se continuaron las inyecciones vaginales y se le dieron tónicos reconstituyentes.

La enferma fué dada de alta completamente curada el 2 de Enero.

Buenos Aires, Enero de 1894.

Ligeros apuntes sobre la caquexia palustre en Tucumán

Por el doctor **Julio B. Valdés**

La destruccion de la hemoglobina, es el fenómeno anátomo-patológico constante. Se puede apreciar desde luego lo que deba resultar de esta destruccion frecuente del vehículo del oxígeno; pues antes que la reconstitucion tenga lugar, un nuevo paroxismo vuelve á producirse y por consiguiente más se van pronunciando las alteraciones de la sangre; pero ésta, que va perdiendo su hemoglobina, se encuentra en condiciones más favorables para la diapédesis y de aquí derrames que ordinariamente se encuentran en los caquécticos.

Habiendo hiponutrición, los tejidos no tienen fuerzas suficientes para producir reacciones, y de acá una série de fenómenos, como por ejemplo la disminucion de la presion cardíaca: el corazon no tan solo en un momento dado arroja menos cantidad de sangre, sinó que tambien es mucho más pobre.

Los vasos alterados en sus túnicas favorecen más todavia la diapédesis, puesto que la sangre marcha más lentamente, lo que explica los derrames generalizados.

Pero una sangre escasa en el elemento vector del oxígeno interrumpe las combustiones intersticiales; de ahí que los enfermos siempre acusan sensaciones de frio.

A más, la sangre que llega á los pulmones carece de elementos suficientes para aportar el oxígeno, de modo que el enfermo acusa siempre dispnea, independiente de lesiones orgánicas.

Las conjuntivas suelen presentar un paño amarillento, efecto de la retencion de la bilis: tenemos, pues, una icteria por acolia. El hígado casi siempre suele encontrarse aumentado de volúmen; sin embargo, algunas veces encuéntrase atrofiado.

Los caquécticos ordinariamente presentan nefritis parenquimatosa.

Las diarreas son frecuentes por las degeneraciones que tienen lugar en los intestinos.

Vamos á narrar el siguiente caso típico de *caquexia palustre*, para concretar mejor las alteraciones funcionales y los síntomas objetivos y subjetivos.

N. N., 48 años de edad, constitucion fuerte, de profesion agricultor, nos refiere que desde hace algunos meses es muy á menudo interrumpida su salud por el chucho, que generalmente ha afectado el tipo terciano.

Al principio no se manifestaron los estragos producidos por la enfermedad, y no haciéndole caso, la abandonaba cuando los accesos desaparecían mediante el específico.

Hoy casi no puede caminar sin desfallecer su cuerpo.

El estado actual del enfermo es el siguiente:

Al primer golpe de vista se reconoce que ha perdido mucho de su peso anterior.

Tiene las manos un poco temblorosas; igualmente las piernas. Aun al hablar se nota una voz temblorosa. El tinte de la piel es pálido amarillento, las conjuntivas oculares presentan un velo de igual color.

El hígado pasaba las falsas costillas y tambien el bazo encontrábase congestionado. Los pulmones no ofrecían ninguna alteracion; pero el enfermo acusaba dispnea.

Soplos en la base del corazon. La cantidad de orina eliminada en las 24 horas no alcanzaba á 200 gramos.

Le hemos recetado quina, vino quinado, baños frios seguidos de la cama y ejercicio regular.

Al mes lo volvimos á ver. A la simple vista reconocimos que el mal hacía rápidos progresos; la demacracion era más pronunciada, la dispnea aumentó á punto de no poder el paciente hacer el más pequeño esfuerzo ni caminar algunos pasos.

Por otra parte, habia ahora edema en los piés, piernas y abdómen.

Lo sometimos al tratamiento anterior, pero con más método, puesto que ya lo podíamos ver diariamente.

La reaccion no tardó en operarse y comenzó á sentir que renacian sus fuerzas.

La dispnea comenzaba tambien á desaparecer.

El edema sensiblemente disminuia.

Lo que persistió y fué lo último en desaparecer, era la icteria que continuaba firme.

Este estado caquéctico exige mucha paciencia, muchísima perseverancia en el tratamiento, pues de un momento á otro comienzan á desarrollarse algunas alteraciones que tan solo el exámen diario puede descubrir en su cuna.

Los alimentos de difícil digestion deben ser absolutamente proscritos, pues el aparato gastro-intestinal no se encuentra en condiciones de poder digerir alimentos que exigen una cantidad suficiente de jugos.

La degeneracion amiloidea suele presentarse en los *caquécticos*.

De modo que á la par de exigirse una alimentacion fácilmente digerible, debe ser reconstituyente en primer grado.

La sangre empobreciéndose gradualmente sigue nutriendo á órganos que han sufrido las más graves perturbaciones; los glóbulos rojos, habiendo disminuido en una fuerte proporcion, vuelven á la sangre incapaz de poder prestar sus recursos fisiológicos y todo el organismo comienza á resentirse y la degradacion orgánica á manifestarse sensiblemente.

Las combustiones se ejercen irregularmente; la respiracion de los tejidos de una manera incompleta, respondiendo á la hidremia que se ha producido.

Un individuo que ha sentido muchas veces el chucho, comienza á sentir un malestar inesplicable; sus fuerzas decaen igualmente como su espíritu, la marcha se hace sin fijeza, hay anorexia, la mayor parte de las veces se produce una diarrea determinada por una degeneracion amiloidea que se verifica en la intimidad de los intestinos, la coloracion de la piel como la de las escleróticas es amarillenta, la lengua saburrosa. Examinando el vientre se nota dolorido y congestionado el bazo. Este estado congestivo es de variable inten-

sidad, determinando variable dolor. La mayor parte de las veces el hígado responde á iguales alteraciones.

La disminucion de las fuerzas se verifica á pasos rápidos, y de un hombre, con una constitucion atlética, nos encontramos con un viejo decrépito. Es la enfermedad que más rápidamente conduce al último grado de degradacion orgánica.

Los órganos todos escasamente trabajan para mantener la vida, de modo que las funciones orgánicas se verifican muy atenuadas y encontrándose muy lejos de llenar su rol ni medianamente fisiológico. Cualquier esfuerzo muscular conmueve profundamente el organismo que espera algún tiempo para rehacerse del desgaste producido.

Si dá algunos pasos la mayor fatiga se presenta; no puede pronunciar las palabras con entereza y las balbucea.

El empobrecimiento de la sangre acarrea el anasarca, muy variable en su modo de comenzar: unas veces al nivel de los maleolos, otras por la cara. De cualquier modo que sea, es casi seguro que se producirá una ascitis.

Las hemorragias se producen con la mayor facilidad determinadas por las alteraciones de la sangre y las estructurales de los vasos.

El estómago tolera mal los alimentos. Casi siempre se encuentra relajado y vómitos suelen tener lugar con no poca frecuencia.

Manifiéstase igualmente un lijero estado febril muy variable en hora é intensidad; mas, casi nunca pasa de algunos décimos de grado. Pero en general el organismo mantiene una temperatura por debajo de la normal, por las razones que ya hemos expuesto. Lijeros escalofrios suelen tambien sobrevenir.

El acto de levantarse de la cama causa una fatiga extraordinaria y por más que tenga ánimo para sobreponerse á este estado de aniquilamiento funcional, no puede, y poco á poco las funciones orgánicas siguen apagándose hasta que se extinguen, si en caso no se han adoptado medidas radicales que algunas veces aunque sean tomadas en consideracion no determinan resultado.

De modo que en un período que no sea tan avanzado, es el estado hidrémico de la sangre el único que goza el rol de causa determinante del edema; pero en un estado más avanzado, los órganos comienzan á sufrir perturbaciones graves y viene por ejemplo una ascitis determinada por alteraciones del hígado y que emana directamente de esta víscera; ó como hemos dicho arriba, un edema generalizado que reconoce únicamente por causa una nefritis parenquimatosa.

No debemos olvidarnos que la quinina siempre es el medicamento fundamental en los estragos determinados por la malaria: entona el estómago; obra como específico retirando la fiebre que se presenta, y acciona de una manera muy favorable hasta en la intimidad de los órganos alterados.

Pero no debemos esperar los resultados que se obtienen en la intoxicacion aguda.

En la forma que nos ocupa tan solo la debemos mirar como un coadyuvante precioso.

Vamos á narrar el siguiente caso que viene á complementar el anterior:

N. N., de 25 años, tucumana, ha sufrido muchos años del chucho.

Ha ingresado al hospital y presenta los siguientes síntomas y signos: coloracion ligeramente amarillenta de toda la piel, escleróticas azuladas, conjuntivas palpebrales exangües; anasarca generalizado; ascitis muy pronunciada que obstaculizaba la respiracion, razon por la cual nos vimos obligados á recurrir á la puncion abdominal extrayendo varios litros de serosidad.

El bazo un poco dolorido á la presion. El hígado congestionado, pero sin dolor.

Mucho decaimiento y un ligero estado febril que se presentaba por las tardes.

Reconocimos que esta enferma sufría las consecuencias de un chucho inveterado y que era necesario poner la sangre en las mejores condiciones.

Tambien pudimos apreciar que el anasarca no dependia de

obstáculos á la circulacion, sinó simplemente del estado hidrémico de la sangre.

El tratamiento instituido fué: vino quinado, arsénico, fierro, baños frios.

La enferma fué recobrando sus fuerzas; el edema sucesivamente desapareció desde los piés al vientre.

Hoy es dada de alta completamente restablecida.

Monteros (Tucuman), Enero de 1894.

PIAULEMENT

Por Joaquin Llambias Mir

Interno del Hospital de Clinicas

Nemesio Lacosi, 14 años, argentino.

Antecedentes hereditarios, buenos.

Antecedentes individuales: cree haber tenido sarampion en sus primeros años. Los inviernos tiene frecuentes resfrios. Tiene epistasis con facilidad.

Por el mes de Marzo de 1893 comienza su enfermedad. El primer síntoma que experimentó fueron dolores en las articulaciones de los piés, no acompañados de tumefaccion; luego aparecieron en las rodillas, teniendo que acostarse por serle imposible la marcha. Los dolores se extendieron á todas las articulaciones, sin que hubiera escalofrios ni fiebre. Un mes más ó menos despues se levantó: los dolores habian desaparecido, pero al cabo de algunos dias reaparecieron, y tuvo que hacer cama hasta el mes de Julio. Esta vez tuvo dolores en la region precordial y palpitaciones, puntada en el costado derecho, tos y dispnea. Al levantarse, á causa de un aire segun el enfermo, sintió dolor en la nuca, y quedó algun tiempo con la cabeza inclinada al lado derecho.

Estuvo tres meses sano, sin dispnea, ni palpitaciones; pero siempre sufria el dolor en la nuca.

A fines de Octubre sintió una puntada en la region precor-

dial y palpitaciones, dispnea y tos. Aparecieron edemas en los miembros inferiores y partes genitales. La tos desapareció al cabo de algunos dias; pero ha reaparecido.

Estado actual:—Disnea, dolor en la region precordial, edemas disminuidos. Anorexia. Funciones intestinales normales. Duerme bien.

Está muy enflaquecido. Tinte anémico de la piel y mucosas. Cara edematosa. El edema es blanco, blando, indoloro, mucho mayor en los miembros inferiores que en las bolsas.

Pulmones.—Dispnea: 48 respiraciones por minuto. Los movimientos respiratorios son mas marcados en el tórax que en el abdómen, y en éste mas en el lado izquierdo que en el derecho. Son irregulares. El lado derecho está mas abovedado.

Lado derecho.—Matitez en la base hasta el mamelon, límite que asciende dos traveses de dedo haciendo sentar al enfermo. Vibraciones torácicas y murmullo vesicular abolidos en este punto.

Ligero soplo expiratorio junto á la columna vertebral.

Lado izquierdo.—Por detrás se observa en la base matitez, abolicion del murmullo respiratorio y vibraciones torácicas.

Por debajo de la axila á la percusion, el pulmon está claro en toda su extension.

Corazon.—No se ve el latido de la punta. Colocando al enfermo en decúbito lateral izquierdo se la siente un poco por debajo y por fuera del mamelon. Latidos muy visibles en las carótidas. Venas desarrolladas tanto en el cuello como en la parte superior del tórax. No hay pulso venoso. La matitez cardíaca está aumentada en su parte inferior; sobrepasa en tres traveses de dedo la línea mamilar. El espacio de Traube está igualmente obscuro. La percusion de toda la region es dolorosa. Los límites de la matitez no varian con la posicion del enfermo.

Auscultando se oye un *piaulement* que se extiende del vértices á la base, y ritmo de galope.

Pulso regular, 120 pulsaciones. Tension arterial, 11.5

Hígado aumentado de volúmen, doloroso á la presion.

Ligera ascitis.

Orina albuminosa, menos de 0 gr. 50.

Tratamiento.—Un drástico, dieta láctea, XXX gotas de digitalina.

Noviembre 29.—El soplo es más intenso, y ha cambiado de timbre. Se aplica un vejigatorio en la region precordial.

Noviembre 30.—El edema de los miembros inferiores casi ha desaparecido.

Diciembre 1º.—El soplo de la punta en el primer tiempo precede al *piaulement.*

Diciembre 3. —XX gotas de digitalina. Se queja de intensos dolores á la nuca, que despiertan á cualquier movimiento.

Diciembre 5.—Pulso muy frecuente y dícroto.

Se suspende la digital y se dan 0.50 de salicilato de soda y 0.20 de quinina tres veces al dia. Ligera elevacion de temperatura por la noche.

Muere á las 3 a. m. del 6; habia estado hasta entonces relativamente bien.

Autopsia.—Regular estado. Rigidez aun no aparecida. Ligero edema de los miembros inferiores. Edema de la cara.

En ambas cavidades pleurales existe un líquido citrino en cantidad de un litro. En la base del pulmon izquierdo exudado de formacion reciente, superficial. Intenso edema al corte.

Pericardio.—Adherencias antiguas con el esternon.

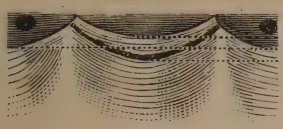
Adherencias en toda la extension de ambas hojas del pericardio, con infiltracion serosa en algunos puntos.

Corazon sumamente aumentado de volúmen, tal vez triple de su tamaño normal. Paredes gruesas. Coágulos cruóricos en su mayor parte llenan las cavidades; estas están aumentadas de capacidad.

Válvula mitral espesada ligeramente en su poder libre, presentando en toda su extension una línea de pequeñas vegetaciones del tamaño de una cabeza de alfiler é implantadas por una base mas ancha.

En la aorta existe en la valva posterior un repliegue que tiene la misma forma que la valva, pero que de cierta manera queda flotante durante el cierre. En el punto de union de este repliegue y en los bordes libres de las otras valvas hay una serie de vegetaciones iguales á las de la mitral.

El esquema siguiente demuestra mejor la forma del repliegue:



Pulmonar y tricúspides, normales.

Abdómen.—Poco liquido citrino. Hígado aumentado de volúmen, de color rojo bastante intenso, liso. Al corte, duro: ofrece una coloracion rosada mezclada con otra algo amarillenta.

Bazo.—Grande, rojo, duro.

Riñones.—Aumentados de volúmen. Cápsula libre, parénquima congestionado.

Tal es la observacion recogida en el servicio del Dr. Ayerza (A.).

Seguramente, consecutivas al reumatismo que tuvo el enfermo en Marzo de 1893, aparecieron las lesiones valvulares y pleuro-pericárdicas.

La autopsia demuestra que las lesiones valvulares son viejas: las pleurales son nuevas. Así vemos la sinfisis, la retraccion de la válvula mitral y la formacion del repliegue en la sigmoidea aórtica datar de tiempo antiguo. Hay además vegetaciones recientes. Lo interesante de esta observacion es el *piaulement* cuya mayor intensidad se oyó en el foco aórtico, y que hizo pensar al Dr. Ayerza en algo flotante. Con efecto, el *piaulement* se produce en caso de cribamiento de la válvula ó vegetaciones libres y flotantes.

Seguramente el repliegue antes descrito vibraba al pasar la oleada sanguínea, y esta vibracion alcanzaba una tonalidad elevada, y un timbre musical marcadísimo.

Antes he dicho que las lesiones valvulares eran viejas; al hablar así, me referia á las retracciones que presentaban las válvulas en sus tendones. Además, existian vegetaciones recientes, cuya formacion correspondió seguramente á las elevaciones de temperatura de los últimos dias.

Buenos Aires, Enero 3 de 1894.

ASISTENCIA PÚBLICA

ASISTENCIA DOMICILIARIA GRATUITA

Por el **Dr. Manuel A. Zavaleta**

La discusion iniciada sobre este tema, demuestra que la asistencia domiciliaria gratuita está distante de dar los resultados que se pretenden. Es la enseñanza recogida por antiguos directores de la Asistencia Pública, entre otros por el Dr. Coni, cuya preparacion en estas materias es generalmente reconocida, y es una de las primeras modificaciones iniciadas por la presente administracion, afanosamente empeñada en el perfeccionamiento de la organizacion actual.

Pero, para establecer la susceptibilidad de perfeccionar esta rama de la Asistencia Pública habria que discutir préviamente la importancia del servicio de hoy, recurriendo á la fuente misma de donde emana desde el orígen de la organizacion que ahora tiene; recordar los móviles que se tuvieron al crearla, estudiar sus resultados prácticos buenos ó malos y en este último caso investigar las causas para establecer la posibilidad de subsanarlos.

Desde luego, si se pretendió establecer un servicio permanente, la práctica ha demostrado que es ilusorio este sistema. Es lógico, en efecto, presumir que un *pobre de solemnidad* no puede ajustarse á las exigencias de un régimen cualquiera, que es en muchos casos la base de un tratamiento. ¿Cómo pensar que un *pobre de solemnidad* pueda rodearse de los elementos indispensables á una asistencia regular, si los mismos términos que lo definen, convertidos en condicion *sine qua non*, para merecer los beneficios ofrecidos por la Asistencia Pública, no inducen á verlo en una habitacion estrecha, sin aire, ni luz, habitada por una familia en la miseria y sirviendo á todas sus necesidades, tendido en una cama súcia y sin abrigo y mas tarde cuando la miseria avanza, si esto es posible, ennegrecido todo este cuadro de desolacion por la carencia mas absoluta de todo lo mas indispensable?

¿No es esto, acaso, lo que debe entenderse por pobre de solemnidad?

Colocándonos, pues, en estos términos extremos, queda demostrada la imposibilidad de la asistencia domiciliaria, ya que las ordenanzas municipales vigentes limitan este servicio á los *pobres de solemnidad* y surge como una consecuencia lógica de este razonamiento que, ó bien se ha perseguido una utopia y hasta podríamos decir un contrasentido, ó bien se ha falseado la significacion de lo que entendemos por asistencia domiciliaria; siendo así que solo podría verse en ella una fórmula transitoria, destinada á desaparecer más tarde cuando aumenten los recursos; convertido èste servicio en una especie de *suplefaltas* con que se busca remediar las deficiencias del servicio hospitalario actual.

Pero aún sin llegar á estos términos extremos que suponiendo que no sean ya los *pobres de solemniad* sinó los jornaleros y similares, que tambien son pobres, seria muy difícil establecer una asistencia regular, ya sea en las enfermedades agudas ó crónicas; en los primeros, si bien podria intentarse la asistencia domiciliaria, seria sumamente difícil y con mucha menos lógica que la que tendria el procedimiento de alejar de su hogar á un ser inútil y hasta perjudicial á su familia, desde que el agotamiento de sus ahorros los llevaria á él á terminar su enfermedad en un hospital y á los suyos á una rápida indigencia.

Siguiendo este plan, los enfermos crónicos podrian colocarse en dos categorias: *los crónicos válidos* y *los inválidos*. Los primeros se asisten en los consultorios, los segundos deberian ocupar nuestros asilos si los tuviéramos y en su ausencia serian los únicos que realmente podrian obtener beneficios de este sistema.

Descomponiendo, pues, este problema en sus diversos elementos, se encuentra la explicación de los datos estadísticos consignados en la memoria del doctor Coni, del año 1892:

« Durante el último cuatrimestre de 1892, el número de enfermos atendidos á domicilio por los 18 médicos seccionales fué de 1385 enfermos con 3544 visitas; corresponde por mes un término medio de 23 enfermos con 59 visitas, lo que da un promedio de $ 4,09 m/n por enfermo y 1,62 por visita. »

Esto corrobora lo que acabamos de decir y demuestra con la evidencia de los números que la asistencia domiciliaria es sumamente restringida, como debe necesariamente serlo.

¿Es susceptible de perfeccionarse? No nos ocupamos de ello porque está destinada á desaparecer.

Dice el doctor Coni, comentando los datos que anteceden: «En vista de estos resultados y de los obtenidos en el primer trimestre de 1893, considero que la Direccion General de la Asistencia Pública debe estudiar otro sistema que consulte mejor los intereses municipales y este no puede ser otro que el establecimiento de varias casas de socorro en el municipio...»

Nuestra opinion no es otra que la del notable higienista doctor Coni; la única forma de mejorar este servicio es su supresion por el servicio hospitalario y tenemos la firme persuasion que el dia que se dispensen las hospitalidades con más liberalidad, será más restringida aún la asistencia domiciliaria. Y la base económica favorece nuestra miras, desde que un enfermo en el hospital Rawson solo cuesta 70 centavos por dia al municipio, incluyendo desde el servicio médico, casa, drogas y alimentacion, hasta los benéficos cuidados de una hermana de caridad.

Así, pues, restringir todo lo posible la asistencia domiciliaria, aumentar el número de hospitalidades y tener en cuenta que ha debido y debe ser siempre accidental este servicio, es lo que hemos pretendido establecer en lo que antecede.

Es el sistema hospitalario el que debe perfeccionarse, tomando como base la organizacion de los hospitales privados; establecer categorías en los servicios para enfermos que paguen una módica pension; fomentar la creacion de cajas de ahorros en las fábricas y demás establecimientos donde concurren muchos operarios y reservar para los pobres de solemnidad pabellones especiales que se sostendrán en parte con la económica de los muchos.

Teóricamente estoy convencido de las ventajas de este sistema.

Buenos Aires, Enero de 1894.

HOSPITAL RAWSON

CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL DR. LLOBET

I.—Craniectomia con injerto óseo.—II. Colecistotomia por cálculos biliares.—III. Cole-, cistotomia por cálculos biliares y nefropexis (nefrorrafia) por riñon flotante derecho en una sola sesion operatoria.

Por **Pedro Barbieri**

Ex Interno del servicio

I.—Craniectomía con injerto óseo

Al publicar en el número de los Anales del mes de Octubre de 1893, la historia clínica de Bernardino Rodriguez, concluia con estas palabras: «Dado el corto tiempo trascurrido desde la operacion, conviene ser cauto en la apreciacion del resultado terapéutico, pero lo que por lo menos queda sentado en este ejemplo, es la bondad y absoluta inocuidad de esta clase de intervenciones, de la que mucho hay que esperar aún.»

Desde entonces hasta ahora he seguido paso á paso al enfermo, observando con toda imparcialidad su estado, y como creo que la mejoria es ya bastante notable para poder augurar á la operacion un resultado terapéutico bastante satisfactorio, paso á exponer el resultado de mis observaciones.

Se recordará que Bernardino no poseia memoria, inteligencia ni voluntad.

Incapaz de verificar movimientos ó actos que requieran alguna coordinacion, reducido al uso de un limitado número de palabras, no sabia indicar ni por señas cuando lo apremiaban ciertas necesidades, y de ahí el estado de desaseo en que vivia. Comer era todo su deseo, y esto lo hacia en el suelo, con las manos y ensuciando muchas veces su comida con lo que primero encontraba.

Para no estenderme más, diré que su vida era la del irracional; tenia el instinto de la conservacion y por eso comia, ó huia de los que querian hacerle mal.

Pues bien: el estado actual del enfermo es absolutamente distinto y para convencernos de ello referiré la série de actos de que es capaz actualmente.

Bernardino parado, más derecho ahora que antes de la operacion, no verifica esos movimientos rítmicos del cuerpo durante varias horas y en la misma posicion como lo hacia antes.

Fija la mirada cuando se le llama y atiende cuando se le ordena algo. Es capaz de subir y bajar una escalera, lo que le era absolutamente imposible antes: sube solo á su cama y se baja lo mismo sin golpearse, trae su ropa cuando se le ordena que tal haga, y puede ponerse, aunque á veces lo hace al revés, las medias y los botines, que, como los llamados *borceguíes*, requieren cierta atencion para ser atados.

Come en la mesa junto con sus padres, habiendo aprendido el uso de la cuchara y tenedor.

Fuera de esos actos que se refieren á su vida habitual, ha llegado á aprender ciertas cosas, como barrer un patio, lo que hace con bastante precision. Se le ordena que vaya á buscar una escoba del sitio donde la ha dejado el dia anterior y lo hace. Despues de haber barrido, se presenta al padre ó al que le haya ordenado barrer y le dice: «ahí está».

La última vez que lo ví barrer dejó unos cuantos centavos sobre un banco, y al terminar, fué á buscarlos allí donde los habia dejado. Como no los encontrara, se acercó á su padre y le dijo en términos no muy inteligibles lo que le sucedia. *Plata*, *gorro*, *banco*, eran las palabras que más se le entendian.

Podríamos multiplicar los ejemplos para demostrar palpablemente el adelanto notable producido por la operacion de que venimos hablando, pero los ya mencionados bastan á nuestro parecer.

Ellos establecen de una manera clara *la indicacion de la craniectomía en todos aquellos enfermos en que la exuberancia de la formacion ósea ó la osificacion prematura de las fontanelas impidan la expansion del cerebro.*

II.—Colecistotomía por cálculos biliares

La historia clínica que va á continuacion es interesante por más de un concepto. Los ataques histeriformes y los vértigos que acompañaban á las crisis histeriformes habian motiva-

do un tratamiento sintomático algun tiempo antes de su ingreso á esta clinica; el número de los cálculos y el estado de la vesicula biliar; la rápida y completa curacion obtenida, y el hecho de ser quizá la primera operacion de este género en Buenos Aires, justifican las palabras con que empieza este articulo.

La enferma Hulda L..., alemana, de 40 años de edad, casada y de profesión prostituta, entró al Hospital Rawson á ocupar la cama 9ª de la sala 1ª el dia 17 de Noviembre de 1892 y salió de alta completamente curada el 18 de Enero de 1893.

Los antecedentes hereditarios no tienen gran interés; los padres murieron á una edad muy avanzada y, al decir de la paciente, eran habitualmente sanos. No especifica la clase de enfermedad que ocasionó su muerte.

En los antecedentes individuales hallamos una infancia sana. Pasada ésta, Hulda empieza á sufrir del estómago con cierta frecuencia; á los quince años más ó menos padece de escarlatina y á los 17 tiene un fuerte ataque de dolor en la region hepática con grandes convulsiones. Este primer ataque tuvo lugar en la calle y fué tan violento que la enferma cayó al suelo presa de convulsiones generalizadas. No recuerda el tratamiento empleado entonces, ni tampoco si se puso amarilla antes, durante ó despues del ataque.

Desde esa edad hasta la época presente los ataques convulsivos y el dolor hepático concomitante se han presentado regularmente varias veces al mes, acompañados en estos últimos años de vértigos que la obligaban á caer. Dice que se ponia amarilla al comenzar el ataque ó un poco antes, que la coloracion amarillenta se acentuaba cada vez más hasta lo más intenso de él y que luego desaparecia más ó menos completamente al cabo de varias horas. Esta desaparicion del tinte ictérico se verificaba mucho despues de la cesacion de los dolores, que rara vez persistian más de una hora. En algunos de sus ataques habia tenido vómitos y en otros epistasis abundantes.

Las funciones de su organismo habian sido siempre normales, excepto la constipacion bastante acentuada en ella.

Tales eran los antecedentes hereditarios é individuales suministrados por la enferma al ingresar al hospital; veamos ahora cuál era su estado en esa época.

El exámen exterior no dejaba apreciar nada de extraordinario en su cuerpo; el color era normal, las facciones no estaban alteradas, la punta del corazon latía en su sitio habitual, la respiracion se hacia bien y no solo no existia enflaquecimiento sino más bien obesidad.

La percusion y la auscultacion del corazon y los pulmones demostraban la integridad de su funcionamiento. El hígado, á la percusion y á la palpacion aparecia algo disminuido de volúmen y la vesícula biliar no era accesible por debajo de las falsas costillas. *Dolor* provocado por la palpacion no existia allí, ó era muy poco acentuado.

Con este conjunto sintomático presentado por la enferma y á pesar de no haberse hallado cálculos en las deposiciones, se hizo el diagnóstico de *cálculos biliares*, y se decidió la colecistotomía como único tratamiento racional y verdaderamente eficaz.

El diagnóstico, aunque no era de los que se imponian, tampoco era muy oscuro, y en cuanto al tratamiento, su indicacion era indiscutible.

La enferma permaneció quince dias en la sala 7ª antes de ser operada, en cuyo tiempo tuvo dos ó tres ataques análogos á los anteriores y sobre todo notables por las sensaciones vertiginosas que los acompañaban. En general, permaneció estacionario, el apetito no estaba disminuido y la constipacion era habitual.

Decidida la operacion y prévios los preparativos de antisepsia local y general á que se someten los enfermos á operar en la clínica quirúrgica del Hospital Rawson, se verificó ésta el dia 2 de Diciembre de 1892.

Anestesiada la enferma convenientemente, el Dr. Llobet practicó una incision de veinte centímetros de longitud por debajo del reborde de las falsas costillas al nivel del emplazamiento de la vesícula biliar. Esta incision vertical se hizo capa por capa y se penetró en la cavidad abdominal por el intersticio que separa el oblícuo mayor del recto del abdómen y dividiendo las fibras subyacentes del oblícuo menor.

Completada la incision, se ofreció á la vista la vesícula biliar reducida de tamaño, con sus paredes adaptadas la una contra la otra, sin contener una sola gota de líquido y llena de cálculos biliares. El hígado algo menor que lo normal, era de color fisiológico.

La vesícula fué incindida segun su eje mayor y de su cavidad extrajo el cirujano *139 cálculos* poliédricos en su mayor parte y compuestos de colesterina. En la union del canal cístico con el colédoco se halló otro cálculo que obstruia completamente el conducto cistico. La oclusion de este conducto explica á mi parecer, la ausencia de cálculos en las deposiciones últimas analizadas durante los quince dias de la permanencia de la enferma en la sala 7ª, antes de la operacion.

Una vez evacuada la vesícula de los cálculos que contenia, fué suturada en dos planos diferentes serosos; el método de sutura empleado fué el de Lembert, y el material el catgut. La sutura de las paredes abdominales fué con catgut y seda á plano superpuestos.

Las consecuencias de la operacion, que duró dos horas, fueron muy sencillas; no hubo ningun accidente que lamentar hasta el retiro de las suturas verificado á los diez dias. La herida habia curado de primera intencion.

Despues de este dia la enferma permaneció preventivamente en el hospital varias semanas más, durante las cuales no se presentó ningun ataque.

He tenido ocasion de ver cerca de seis meses despues á la operada, quien me ha asegurado no habérsele repetido desde la fecha de la operacion los ataques de que padecia antes de ella.

Voy á terminar estas líneas tratando de resolver dos cuestiones, á saber:

1º ¿Por qué se hizo en este caso la colecistotomía y no se prefirió la colecistectomía? La razon es muy sencilla. Se pagó justo, y razonable título á la cirugía conservadora, que no consiente el sacrificio de un órgano sino á condicion de existir absoluta necesidad para ello. Una vez vacía la vesícula biliar y restablecida la permeabilidad de los conductos, la ablacion de la bolsa no se imponia, ó mejor dicho, se imponia su conservacion.

Cada órgano de la economía tiene su funcion preestablecida y la supresion de uno de ellos implica la de la funcion que le es anexa.

La estadística de la colecistotomía es algo más favorable que la de la colecistectomía, y esta razon, unida á las expuestas anteriormente, decidieron, con justicia, á mi juicio, por la operacion que se practicó.

2º Esta operacion, ¿es ó no la primera en su clase verificada en Buenos Aires?

He recorrido minuciosamente cuantas publicaciones científica existen en Buenos Aires, y me he convencido de que la colecistotomía practicada en el Hospital Rawson el dia 2 de Diciembre de 1892 puede aspirar á ese honor ó por lo menos es la primera que vé la luz en un periódico científico.

III.—Colecistotomía por cálculos biliares y nefropexia (nefrorrafia) por riñon flotante derecho, en una sola sision operatoria.—Curacion

La enferma objeto de esta historia, doña E. L. de T. entró á la sala 7ª, cama núm. 15 del Hospital Rawson.

Muy escasos son los antecedentes hereditarios que pudimos obtener de ella. Su padre muere repentinamente á los cincuenta años, habiendo sido sano hasta entonces, y la madre vive aun, tiene 70 años y no ha padecido de ninguna enfermedad, excepto ciertas molestias propias de una edad avanzada. Los colaterales y demás familia, son sanos. No hay en ellos la existencia de cualquier enfermedad constitucional.

Los antecedentes mórbidos personales á la enferma son más claros. Tuvo viruela en la infancia; un parto prematuro á los veintitres años y desde entonces metrorragias muy frecuentes durante tres años (metritis hemorrágica). Desde Julio á Noviembre del año 1892 estuvo postrada en cama víctima de un padecimiento que la enferma define vagamente; tenia hinchado y doloroso el vientre, las piernas tumefactas y durante el mes de Agosto la hinchazon ganó todo el cuerpo.

Convaleciente de esta enfermedad, los médicos notaron un cuerpo duro, movible y algo prominente, situado, al decir de la enferma, casi en la fosa iliaca derecha.

Habia tenido ataques de dolor en la region hepática y se habia puesto amarilla varias veces.

El exámen practicado á su entrada al hospital dió como resultado la comprobacion de la existencia de un tumor ligeramente sobresaliente por debajo de las falsas costillas, adherido al hígado, verificando junto con él excursiones respiratorias y algo doloroso á la presion. Algo más abajo, en la fosa iliaca, otro tumor muy movible, que esca-

paba á la mano que lo palpaba y de la forma y dimensiones de un riñon. El sitio ocupado normalmente por el riñon derecho daba un sonido claro á la percusion y la palpacion demostraba la ausencia de este órgano allí. Además de esto, la enferma tenia una catarata dura nuclear operada más tarde en otra clínica. No habia tinte ictérico.

Los síntomas funcionales eran poco acentuados: vómitos algo frecuentes, algunos dolores en el bajo vientre, eran los únicos que llamaban la atencion de la enferma y más la molestaban. Las deposiciones eran coloreadas y no contuvieron cálculos mientras la enferma permaneció en la clínica. Las orinas eran normales.

Riñón flotante derecho y cálculos biliares, fué el diagnóstico hecho en la clínica; nefropexia y colecistotomía ideal, que es el procedimiento preferido por el Dr. Llobet, fué el tratamiento opuesto á los males de la enferma.

Antes de continuar, haré presente la modificacion introducida en el nombre dado á la operacion llamada anteriormente nefrorrafia (de *nefros* riñon y *rapto* por caso). La palabra *nefro-pexia* (de *nefros* riñon y fijo) análogo á colopexia, hiteropexia, indica mejor la naturaleza de la operacion que se verifica; la fijacion del riñon flotante á la atmósfera celulosa á las aponeurosis sudyacentes y al periostio de la 12ª costilla.

Como el estado general de la enferma fuese satisfactorio, el doctor Llobet consultando al mismo tiempo los temores de la enferma que no queria someterse á dos operaciones consecutivas, las verificó en una sola sesion haciendo la nefro-pexia (nefrorrafia) por la via lumbar y la colecistotomía ideal.

Comenzó por hacer la incision clásica para las operaciones verificadas por la via lumbar sobre el riñon: es decir, una incision vertical de unos 10 ó 12 centímetros de largo por debajo de las costillas y á tres traveses de dedo por fuera de la columna vertebral, cortó las capas subyacentes al nivel de la union del dorsal ancho con el oblicuo mayor, removió este espacio, cortó el oblicuo menor y penetró mejor á través de la aponeurosis del trasverso de las fibras del cuadrado lumbar y de la hoja de la aponeurosis lumbar.

Introduciendo la mano en la herida fué á buscar al riñon que atrajo á su sitio normal y fijó por medio de puntas de sutura con catgut que atravesaban el parénquima de este órga-

no, lo fijó despues á las partes blandas de la region lumbar y al periostio de la 12ª costilla. Despues cerró la herida externa suturándola con seda.

Verificada esta operacion, colocóse la enferma en decúbito dorsal y practicóse al nivel de la vesícula biliar ligeramente una incision vertical de diez centímetros de largo á través de la cual llegóse hasta la cavidad peritoneal, poniendo al descubierto la vesícula biliar.

Cortadas las paredes en sentido de su eje, se extrajeron de su cavidad veintisiete cálculos voluminosos, del tamaño de una avellana, más ó menos, y compuestos de colesterina y fragmento biliar, dispuestos por capas alrededor de una parte central blanda constituida por una pequeña cantidad de sangre coagulada. Uno de estos cálculos estaba engarzado en las paredes del conducto colédoco bastante dilatado, y su extraccion fué muy dificultosa, habiéndose podido obtener solo fragmentándole.

Despues de completamente evacuada la vesícula se suturaron sus paredes en dos planos sero-serosos por el método de sutura de Lembert.

Las paredes abdominales fueron suturadas con catgut para el peritoneo y con seda para los planos sudyacentes: en dos planos superpuestos.

La herida de la region lumbar curó de primera intencion, pero no así la practicada para la colecistotomia que curó de segunda por infeccion tardia de la herida externa. Este ligero accidente retardó por algunos dias la curacion definitiva que requirió un ligero raspado de la herida y nueva sutura. Se obtuvo de este modo una curacion secundaria por primera intencion.

La fecha en que se verificó esta operacion demuestra que las dos primeras colecistotomias hechas en Buenos Aires lo fueron en la clinica quirúrgica del Hospital Rawson, por el doctor Llobet.

Buenos Aires, Enero de 1894.

Estudio práctico de las pepsinas y papainas comerciales

Tésis de Miguel Puiggari, para el Doctorado en Farmacia, presentada á la Facultad de Buenos Aires, en Diciembre de 1893

El Dr. Puiggari presenta á la Facultad de Medicina uno de los trabajos de más importancia para la materia médica.

La idea favorable á los efectos terapéuticos de las dos sustancias que le sirven de tema al autor para su estudio, es bien conocida; pero el Dr. Puiggari, despues de un continuado y paciente trabajo, con innumerables ensayos prácticos, llega á formular conclusiones que destruyen casi por completo las más autorizadas que hasta hoy se conocen.

La tésis está dividida en VII capítulos: en el primero y segundo se estudian la fermentacion en general, las distintas clases de fermentos, sus combinaciones y reacciones químicas fuera y dentro del organismo y el papel que desempeñan en la digestion.

Los otros capítulos están dedicados al estudio de las pepsinas y papainas comerciales, es decir, á las que se usan hoy entre nosotros como medicamentos. Aquí el autor consigna un sinnúmero de ensayos con resultados más ó menos satisfactorios; pone en práctica los métodos mas perfectos para el análisis de las dos sustancias y termina su estudio dando especial preferencia á la pepsina. — « Esta sustancia, dice, bien preparada, da siempre un resultado seguro y su accion peptonizante es muchísimo mayor que la de la papaina. » Y agrega despues: « En cuanto al uso de la pepsina, ella debe ser prescripta en *sustancia* y de ninguna manera bajo la forma de *elixires* ó *vinos*, pues no he obtenido resultado alguno favorable, en ninguno de los ensayos que de estas preparaciones he practicado. »

Llamamos, pues, la atencion de los observadores sobre las conclusiones á que arriba el Dr. Puiggari, conclusiones fundadas en la experiencia y capacidad reconocida de su autor.

X.

EMBARAZO EXTRA-UTERINO

Con ruptura de la pared abdominal y salida del brazo izquierdo

---

Señora Mizuguchi, 41 años, Japonesa, sin antecedentes hereditarios, 4 hermanos y hermanas en buena salud.

Sana desde su nacimiento, menstruada á los 15, casada á los 20 años. Hasta los 40 años ha tenido 6 hijos con buenos partos. En Abril de 1892 cesó su menstruacion y tuvo su 7º embarazo. Hasta Diciembre nada de particular; el 28 su abdómen se hinchó mas y aparecieron dolores en la espalda y una hemorragia profusa tuvo lugar. Creyendo que el parto empezaba hizo sus preparativos y... despues de tres dias sin resultado, llamó al Dr. Kimura que la encontró pálida, anémica, pulso frecuente y débil, temperatura 39º, abdómen hinchado como en la ascitis, ruidos cardíacos apagados: no se apercibian movimientos ni los ruidos del corazon fetal, útero normal. (La familia no llamó un partero como se indicó.)

Enero 4.—Pulso 80, temperatura 28º. La enferma se sentia mejor; se le dió un tónico.

El 14 su aspecto denotaba cansancio y debilidad, apetito disminuido, temperatura 38º, pulso 100; á 2 pulgadas debajo del ombligo habia una pequeña abertura por donde salia pus fétido mezclado con pelos. El exámen hizo ver que la cavidad contenia el feto ya en maceracion.

La enferma declaró que el 7 apareció en ese punto una rubicundez, que se inflamó el 10 y la piel se abrió el 13.

El 17 fué vista otra vez, y se observó que un brazo del feto hacia salida por la abertura.

Dada la gravedad del caso se procedió á la operacion.

Se hizo una incision desde la abertura debajo del ombligo, hacia abajo y afuera de 10 centímetros; se ligaron dos pequeñas arterias. El operador introdujo su mano derecha y tomó al feto que estaba blando y viable por la maceracion. Fué difícil extraerlo; se hizo la craniotomia. La placenta y el cordon estando muy macerados, salieron en pedazos al lavar la cavidad. Se lavó, suturó, etc., etc.

Longitud del feto 1.5 piés, circunferencia del pecho 0.9 pies. Longitud del brazo 0.6 y de la pierna 0.7 pies.

Observacion—El feto tenia la cabeza hácia el lado D de la madre, con la cara hácia abajo. Ulceracion y ruptura de la pared eran debidas á la presion del hombro izquierdo que produjo la inflamacion etc.

Tratamiento consecutivo.

Tint. de opio á la noche, 2 huevos, 37°8, orinó dos veces, durmió 4 horas. La primera semana el pulso ha oscilado entre 80 y 90 y la temperatura de 37°8 á 38°2; los dolores calmaron despues del 4° dia. Al fin de la semana se cambia curación, los bordes de la herida no estaban adheridos en algunos puntos que se habian hinchado é inflamado. Se lavó y renovó las suturas viejas. 2ª semana sin cambio apreciable, temperatura 38°, pulso 75 á 80, aumentó el apetito, no sentia cansancio á pesar de no dormir á la noche. Al cambiar la curacion se vió que la supuracion habia disminuido y la herida estaba bien adherida. 3ª semana se renuevan diariamente las curaciones, botones carnosos buenos, apetito aumenta, duerme bien, vientre regular, orina bien. 4ª semana, herida completamente cicatrizada;—curacion.

(Kü Provincial Society's Reports. Feb 13 1893)
Universal Medical Journal Filadelfia

BIBLIOTECA DEL CIRCULO MEDICO ARGENTINO

OBRAS ENTRADAS EN EL MES DE ENERO DE 1894

Por compra

Lemoine G.—Manuel de therapeutique clinique, 1 tomo..... edicion de 1894
Verneuil—Etudes experimentales et cliniques sur la tuberculose..... ..... 5 tomos ed. 1892
Rudinger N.—Anatomie topographique..... 1 » » 1894

Barnes—Traité d'obstétrique méd. et chirurgicale	1	tom.	ed.	1886
Bouveret—Maladies de l'estomac	1	»	»	1893
Bar—Embryotomie céphalique	1	»	»	1889
Debove et Rémond—Traité des maladies de l' estomac	1	»	»	1894
Martin—Maladies des femmes	1	»	»	1889
Löbker—Médecine operatoire	1	»	»	1893
Lawson Tait—Maladies des femmes	1	»	»	1891
Fritsch—Opérations obstétricales	1	»	»	1892
Lecorché et Talamon—Traité de l'albuminurie et mal de Bright	1	»	»	1888
Ewald—Clinica de las enfermedades de las vias digestivas	3	»	»	1890
Chassagny—Fonctions du forceps	1	»	»	1891
Blocq et Onanoff—Maladies nerveuses	1	»	»	1892
Olivier—Hygiène de la grossesse	1	»	»	1892
Luys—Traitement de la folie	1	»	»	1893
Bremond—Hygiène industriel	1	»	»	1893
Schwartz—La pratique de l' asepsie et de l' antisepsie en chirurgie	1	»	»	1894
Maygrier—Clinique obstétricale	1	»	»	1893
Baumel—Maladies de l' appareil digestive	2	»	»	1893
Daremberg—Le choléra	1	»	»	1892
Bujardin-Beaumetz—Maladies du foie	1	»	»	1893
Salomonsen—Technique elémentaire de bactériologie	1	»	»	1891
Fournier—Traitement de la syphilis	1	»	»	1893
Vulliet et Lutaud—Gynécologie opératoire	1	»	»	1889
Lesage A.—Le Choléra	1	»	»	1893
Bergonié J.—Physique du physiologiste	1	»	»	»
Auvard—Menstruation et fecondation	1	»	»	»
Brocq et Jacquet—Dermatologie	1	»	»	»
Weil-Mauton—Manuel du médecin d'assurances sur la vie	1	»	»	»
Wurtz—Technique bactériologique	1	»	»	»
Bazy—Maladies des voies urinaires	1	»	»	»

Demelin—Anatomie obstétricale.....	1	tom.	ed.	1893
Olivier – Pratique de l' accouchement normal.	1	»	»	»
Auvard—Ginecologie. Semeiologie genitale..	1	»	»	»
Bergé—Guide de l'etudiant á l'hôpital.....	1	»	»	»
De Lapersome—Ophtalmologie. Maladies des paupiéres	1	»	»	»
Du Cazal et Catrin—Médecine legale militaire.	1	»	»	»
Dührssen—Vade mecum d'Obstétrique.....	1	»	»	»
Bibliotéque medicale Charcot-Bebove	1	»	»	»
Comby J.—Les oreillons.....	1	»	»	»
Debove et Renault—Ulcère de l' estomac....	1	»	»	»
Sallard—Amygdalites aiguës.....	1	»	»	»
Chambard - Les morphinomanes.....	1	»	»	»
Luc—Nevropathies laryngèes.....	1	»	»	»
Boiffin—Tumeurs fibreuses de l'utérus.....	1	»	»	»
Juhel-Renoy — Traitement de la fièvre typhoïde.....	1	»	»	»
Labadie-Lagrade—Pathogenie et traitement des nephrites.....	1	»	»	»
Blocq—Les troubles de la marche dans les malades nerveuses	1	»	»	»
Lecorché—Traitement du diabete sucré.....	1	»	»	»
Barbier—La rougeole.....	1	»	»	»
Richardiére—La coqueluche.....	1	»	»	»
Pateim—Les purgatifs.....	1	»	»	»
Bourges—La diphterie.....	1	»	»	»
Debove-Remond—Lavage de l'estomac.....	1	»	»	»
Auvard-et-Caubet—De l' anesthésie chirurgicale et obstétricale.....	1	»	»	»
Gamaleïa—Les poissons bactériens.....	1	»	»	»
Janet—Etat mental des hystériques—Les stigmates mentaux.....	1	»	»	»
Debove et Courtois-Suffit—Traitement des pleurésies purulentes.....	1	»	»	»
Boulloche—Les angines á fausses membranes.	1	»	»	»
Ozeme—Les hémorroïdes.....	1	»	»	»
Trouessart—La thérapeutique antiseptique.	1	»	»	»

Galliard—Le Pneumothorax..... 1 tom. ed. 1893
Yvon—Notions de pharmacie nécessaires au médecin..... 2 » » »
Sinety—De la stérilité chez la femme et de son traitement..... 1 » » »
Gasser—Les causes de la fièvre typhoïde..... 1 » » »
R. du Castel—Tuberculoses cutanées..... 1 » » »
Leguen—Chirurgie du rein et de l' uretére... 1 » » »
Ménard—Coxalgie tnberculeuse..... 1 » » »
Daremberg—Traitement de la phtisie pulmonaire..... 2 » » »
Sollier—Les troubles de la mémoire..... 1 » » »
Arnould—La desinfection publique..... 1 » » »
Comby—Le rachitisme..... 1 » » »
Seglas—Les troubles du langage chez les aliénés..... 1 » » »
Mosny—Broncho-Pneumonie..... 1 » » »
Dreyfus-Brissac—Phtisie aiguë..... 1 » » »
Hanot—Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique..... 1 » » »
Boulay—La pneumonie lobaire aiguë..... 1 » » »
Sallard—Hypertronhie des amygdales..... 1 » » »
Polin et Labit—Hygiène alimentaire..... 1 » » »
Luzet—La chlorose..... 1 » » »
André—Hypertrophie du cœur..... 1 » » »
Barié—Bruits de souffle et bruits de galop.. 1 » » »

POR DONACION

Royo Villanova—Diagnóstico de las enfermedades de las vias digestivas..... 1 » » 1893

La BIBLIOTECA CIENTÍFICA MODERNA, acaba de enriquecerse con una interesantísima obra—que forma el 7º volúmen de los publicados hasta hoy—titulada: «Diagnóstico de las enfermedades de las vias digestivas (incluso el hígado y el páncreas)», debida á la pluma del distinguido é ilustrado

profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Zaragoza, Dr. D. Ricardo Royo y Villanova.

La escasez de obras acerca de este asunto, y la manera clara y completa con que está expuesta la materia, hacen recomendable la adquisicion de esta notable obra, digna de figurar en la biblioteca de todos los médicos estudiosos. He aquí un extracto del índice de este libro que reviste un carácter eminentemente clínico:

Leccion I. ¿Cómo se diagnostican las enfermedades médicas de la boca, lengua y velo del paladar? — Leccion II. ¿Cómo se diagnostican las enfermedades de la faringe y del esófago? — Lecciones III, IV, V, VI, VII, VIII y IX. ¿Cómo se diagnostican las enfermedades del estómago? — Lecciones X y XI. ¿Cómo se diagnostican las enfermedades del intestino? — Lecciones XII, XIII y XIV. ¿Cómo se diagnostican las enfermedades del hígado? Leccion XV. ¿Cómo se diagnostican las enfermedades del páncreas?

Forma un precioso tomo, lujosamente encuadernado en piel, de mas de 400 páginas, y se vende al módico precio de 4 pesetas, en la Administracion de la «Revista de Medicina y Cirugia Prácticas», Preciados, 33, bajo, Madrid, y en todas las principales librerias.

Catálogo de las revistas que se reciben en la Biblioteca del Círculo Médico Argentino (1894)

Americanas—(*En lengua inglesa*)

The Journal of nervous and mental disease	de	New York
The Buffalo Medical and Surgical Journal	»	Buffalo
Journal of cutaneous and genito-urinari diseases	»	New York
Index medicus	»	Petroit
The Sanitarian	»	Brooklyn

The Saint-Louis medical and surgical journal..... de Saint-Louis
The Therapeutic Gazzette..... » Philadelphia
The Bristol Medico-chirurgical journal. » Bristol
Pacific Medical Journal..... » Saint Francisco
Virginia Medical Monthly..... » Richmond
The Satellite of annual of the universal medical sciences..... » Philadelphia
The Hahnemannian Monthly..... » Philadelphia
Rochester Academy of Science..... » Rochester
Notes on New Remedies..... » New York
International Medical Magazine..... » Philadelphia
Condensed Extracts..... » New York
The American Therapist..... » »
The Brooklyn Medical Journal..... » Brooklyn

En lengua francesa

Revue Medico-Chirurgicale..... de Rio de Janeiro

En lengua portugueza

Gazeta Médica de Bahía..... de Bahía
Brazil-Médico..... » Rio de Janeiro
Annaes da Academia de Medicina..... » Rio de Janeiro
Boletin da Academia Nacional de Medicina..... » Rio de Janeiro

En lengua española

La Clinica..... de San Salvador
Gaceta Médico-Farmacéutica..... » New York
Revista Médico Quirúrgica Americana » »
Crónica Médico-Quirúrgica..... » Habana
Repertorio Médico-Farmacéutico..... » »
El Progreso Médico..... » »
Gaceta Médica Municipal..... » »
Revista Médica de Bogotá..... » Bogotá

Boletin de Medicina de la Sociedad de Medicina del Cauc.....	de	Calí
Revista de Higiene.....	»	Bogotá
Anales de la Academia de Medicina de Medellin.....	»	Medellin
Boletin de Medicina.....	»	Santiago (Chile)
Revista Médica de Chile.....	»	»
El Progreso Médico.....	»	»
Boletin de la Sociedad Nacional de Mineria.....	»	»
Boletin de la Asociacion Médica de Valparaiso.....	»	Valparaiso
El Monitor Médico.....	»	Lima (Perú)
La Crónica Médica.....	»	»
La Gaceta Científica.....	»	»
Anales Universitarios del Perú	»	»
La Medicina Científica.....	»	México
La reforma Médica.....	»	»
El Estudio.....	»	»
Gaceta Médica de México.....	»	»
La Farmacia	»	»
Memorias de la Sociedad Científica «Antonio Alzate».....	»	»
Boletin del Observatorio Meteorológico-Magnético-Central.....	»	»
Gaceta Médico-Militar.....	»	»
La Escuela de Medicina.....	»	»
Boletin del Hospital General.....	»	Puebla
Boletin del Consejo Superior de Salubridad	»	México
Anales del Observatorio Astronómico....	»	La Plata
Revista de Educacion.....	»	»
Boletin de la Academia Nacional de Ciencias.....	»	Córdoba
Revista Científico-Literaria.....	»	»
Revista Farmacéutica.....	»	Buenos Aires
Revista de la Sociedad Médica Argentina	»	»
Boletin Mensual de Estadística Municipal	»	»
Boletin Mensual de Estadistica de Policia	»	»

Revista Jurídica..... de Buenos Aires
Anales de la Sociedad Rural Argentina.. » »
Anales de la Sociedad Bientifica Argentina » »
Boletin del Departamento Nacional de Agricultura ..... » »
El Monitor de la Educacion Comun..... » »
Boletin de la Sociedad Argentina de la Cruz Roja..... » »
Anales del Museo Nacional..... » »
Boletin del Instituto Geográfico Argentino » »
Revista de Higiene Infantil..... » »
Anales de Higiene Pública y Medicina Legal..... ..... » »
Anales de la Universidad de Buenos Aires
El Cuerpo Médico-Farmacéutico..... » »
Anales del Patronato de la Infancia..... » »
Boletin de la Sociedad de Sanidad Militar » »
Boletin de Educacion..... » Santa Fé

OCEANÍA (*en lengua holandesa*)

Vereeniging tot Bevordering der Genees—kundige Weteuschappen in Nederlandsch-Indië ..... de Batavia

AFRICA (*en lengua francesa*)

Revue International de Bibliographie Médicale. ..... de Le Caire
Gazette Médicale de l'Algérie..... » Algér

Europa

Revistas belgas

Le Scalpel..... de Liège
Revue Medical..... » Louvain

Journal de Medicine, Chirurgie et Pharmacologie ..... de Bruxelles

Revistas españolas

Revista Clínica de los Hospitales..... de Madrid
El Siglo Médico..... » »
Revista de Ciencias Médicas..... » Barcelona
Gaceta Médica Catalana..... » »
Revista de Higiene y Policia Sanitaria... » »
Gaceta Sanitaria de Barcelona..... » »
Boletin de Hidroterapia..... » »
Anales de la Sociedad Española de Hidrologia ..... » Madrid
Revista de Sanidad Militar..... » »
Boletin de Medicina Naval..... » »
Revista Médica de Sevilla..... » »
Crónica Médica y Progreso Ginecológico. » Valencia
Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. » Madrid
Revista de Laring. otolog. y rinologia.. » Barcelona
Revista Balear de Ciencias Médicas..... » Palma
La Medicina Popular..... » Barcelona
Boletin de la Sociedad Protectora de Niños..... » Madrid
Union Ibero-Americana..... » »
Revista de Medicina Dosimétrica..... » »

Revistas francesas

La Médecine hipodermique..... de Sceaux
Revue d'Hygiène Therapeutique..... » París
Journal de Micrographie. ..... » »
Revue International de Médecine Dosimetrique..... » »
Revue de Laringologie, otologie et rhinologie..... » Bordeaux
Journal des Sciences Médicales de Lille. » Lille
L' Union Médicale..... » »

Nice-Médicale	de	Nice
Revue Sud-Americaine	»	Paris
La Médecine Moderne	»	»
Le Progrès Médicale	»	»
La Gazete des Hôpitaux	»	»
L'Union Pharmaceutique	»	»
Le Journal d'Hygiène	»	»
La Médecine Contemporaine	»	»
Revue médico-chirurgical des maladies des femmes	»	»
Formulaire Mensuel de Therapeutique	»	»
La Médecine des ferments	»	»
Annales des maladies de l'oreille et du larinix	»	»
Repertoire Universel de Médecine Dosimetrique	»	»
	»	»
Bolletin de l'Academie de Médecine	»	»
Revue Chirurgicale	»	»
Archives de Laringologie, rhinologie et Otologie	»	»
L'Art médicale	»	»
L'Union Médicale du Nord-Est	»	Reims
Buletin Général de Therapeutique	»	Paris
Revue International d'Electrotherapie	»	»
Anuales de la Policlinique de Bordeaux	»	Bordeaux
Revue d'Ortopedie	»	Paris
Revue génerale de médecine, chirurgie et d'obstétrique	»	Commentry
La chirurgie contemporaine des organes genito-urinaires	»	Paris
Revue Internationale de Rhinologie, otologie, et laringologie	»	»
Revue de Therapeutique générale et thermale	»	»
Archives Cliniques de Bordeaux	»	Bordeaux
Revue mensuelle des maladies de l'enfance	»	Paris

Annales des maladies des organes genito-urinaires	de	Paris
Annales d' Hygiène Publique et Médecine Légale	»	»
Archives Generales de Medecine	»	»
Revue de Médecine (Bouchard, Chauveau, etc)	»	»
Revue de Chirurgie (Ollier, Verneuil)	»	»
Archives d'Electricité Médicale	»	Bordeaux
Revue des Sciences Médicales (G. Hayem)	»	Paris
Archives de Physiologie	»	»
Nouveles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie	»	»
Archives de Neurologie	»	»
Recueil d' Ophtalmologie	»	»
Annales de Dermatologie et de Syphilographie	»	»
Le Semaine Médicale	»	»
Bulletins et Memoires de la Societé de Chirurgie	»	»
Revue de Jurisprudence Médicale	»	»
Le midi médicale	»	Toulonse
Annales del l'Institut Pasteur	»	Paris
Annales de Micrographie	»	»
Archives de l' Anthopologie criminélle et sciences pénales	»	»
Archives de Biologie	»	»
Archives de Médecine Espérimentale	»	»
Archives de Médecine navale	»	»
Archives d' Ophtalmologie	»	»
Archives de Pharmacie	»	»
Archives de Tocologie et Gynécologie	»	»
Art dentaire	»	»
Bulletin et mémoires de la Societê de Chirurgie	»	»
Bulletin du Service de Santé	»	»

Comptes rendues de la Societè de Biologie ..... de Paris
La Pratique Infantile, dirigée pour Comby ..... » »
L'Electricité ..... » »
L' Encephale ..... » »
Journal de Micrographie ..... » »
Journal de médecine et chirurgie pratiques ..... » »
Journal des SavantsM ..... » »
Leçons du mardi ..... » »
Nouveaux remedes ..... » »
L'Odontologie ..... » »
Repertoire de pharmacie et clinique médicale ..... » »
Revue de l' Antisepsie médicale ..... » »
Revue d'Anthropologie ..... » »
Revue d' Hygiène et de police sanitaire Vallin y autres) ..... » »
Revue générale de Clinique et Thérapeutique ..... » »
Revue de Médecine et Chirurgie ..... » »

Revistas Italianas

Gazzetta Chimica Italiana ..... de Roma
Rivista clinica, Archivio italiano di clinica mèdica ..... » Milano
Atti della Società toscana di scienze naturali ..... » Pisa
Bullettino della R. Accademia Medica ... » Roma
Atti della R. Accademia Medica ..... » »
Bolletino Scientifico ..... » Pavia
Rivista d'Ortopedia ..... » Milano
Annali di Ostetrica e Ginecologia. ..... » »
La Riforma Medica ..... » Bologna
La Clinica di Vienna ..... » Napoli

Revista clinica e terapeutica..... de Napoli
La scuola Medica Napoletana..... » »
Il Morgagni..... » »

Revistas inglesas

The Lancet..... » London
The British Journal of Dental Science... » »
The Practitioner..... » »

Revistas holandesas

Weekblad van het Nederlandsch voor Geneesckunde..... de Amsterdam

Revistas portuguesas

Jornal da sociedade das sciencias médicas de Lisboa..... de Lisboa

Revistas rumanas

Spitalul..... de Bucuresci
Progressul Medical Roman..... » Sambata

COMPRA DE LIBROS EN EUROPA

El proyecto presentado á la C. D. tendente á hacer un arreglo con algun librero, á objeto de conseguir mas baratos los libros para los socios, ha recibido su sancion definitiva. El arreglo se ha efectuado con el señor Agustin Etchepareborda, el que facilita libros é instrumentos para los sócios del Círculo Médico solamente, en condiciones muy ventajosas, como se podrá comprobar por el catálogo que distribuirá el Sr. Etchepareborda, donde indicará tambien la forma en que se harán los pedidos. En breve, pues, podrán los socios del Círculo Médico gozar de este nuevo beneficio.

Los precios establecidos son: 0.26 centavos oro el franco sobre el precio fuerte del catálogo de los libreros, descontando de ello el 10 por ciento.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Diciembre de 1893

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifoidea	9	5	14
Sarampion	3	8	11
Escarlatina	4	4	8
Coqueluche	7	4	11
Difteria	11	17	28
Crup	10	5	15
Angina diftérica	—	3	3
Influenza	1	1	2
	45	47	92
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	46	40	86
» meningea	4	6	10
» peritoneo	1	2	3
» ganglios	—	1	1
» de la laringe	2	—	2
Tabes mesentérica	2	1	3
Escrofulosis	1	—	1
Sífilis infantil	3	1	4
Cáncer	9	4	13
» del estómago	2	2	4
» del hígado	1	2	3
» del esófago	1	—	1
» de la mama	—	1	1
» de la lengua	—	1	1
» del útero	—	2	2
» de la cara	1	1	2
» del cuello	1	1	2
» de la matriz	—	2	2
» del maxilar	—	1	1
Diabetes sacarina	1	1	2
Raquitismo	1	2	3
Paludismo	1	—	1
Infeccion purulenta	—	1	1
	77	72	149
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	8	9	17
Apoplegia	8	1	9
Hemorragia	3	5	8
Anemia	1	2	3
Meningitis	81	76	157
Embolia	1	—	1
Meningo-encefalitis	6	2	8
Encefalitis	—	1	1
Compresion medular	1	—	1
Derrame cerebral	5	3	8
Hidrocefalia	1	2	3
Mielitis	1	1	2
Reblandecimiento cerebral	3	—	3
Conmocion cerebral	1	—	1
Tétano traumático	—	2	2
Tétano infantil	12	5	17
Epilepsia	—	1	1
Eclamsia infantil	6	7	13
Parálisis general progresiva	2	3	5
Alcoholismo	6	—	6
Edema del cerebro	1	—	1
Atrofia cerebral	1	—	1
Tumor cerebral	1	—	1
	149	120	269
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Endocarditis	6	1	7
Aneurisma	2	1	3
Aneurisma de la aorta	3	—	3
Aortitis	2	—	2
Hemorragia	4	2	6
Angina de pecho	6	—	6
Vicio orgánico al corazón	32	20	52
Ateromasia arterial	2	3	5
Miocarditis	—	1	1
	57	28	85
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis estridulosa	1	—	1
Laringitis	3	—	3
Bronquitis	11	21	32
Bronco-neumonía	32	35	67
Neumonía	36	33	69
Pleuro-neumonía	1	2	3
Pleuresía	1	—	1
Congestion pulmonar	4	1	5
Asma	1	—	1

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Edema de la glotis	—	1	1
» pulmonar	1	—	1
Hemorragia pulmonar	2	—	2
Parálisis laringea	—	1	1
Abceso pulmonar	1	—	1
Espasmo de la glótis	—	1	1
Tumor laringeo	1	1	2
Laringo traquea	—	1	1
Hemoptisis	2	—	2
	97	97	194
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Muguet	1	—	1
Dispepsia	2	2	4
Catarro intestinal	5	–	5
Estrechez del esôfago	1	—	1
Gastritis	—	3	3
Gastro-enteritis	119	131	250
Atrepsia	33	38	71
Ulcera del estómago	2	1	3
Indigestion	—	2	2
Enteritis	57	51	108
» coleriforme	2	—	2
Entero-colitis	9	12	21
Disenteria	2	1	3
Oclusion intestinal	3	2	5
Peritonitis	7	7	14
Cólera infantil	2	2	4
Cólico intestinal	1	—	1
Entero-peritonitis	1	—	1
Hepatitis	2	—	2
Icteria	2	—	2
Atrofia	1	—	1
Quiste	—	2	2
Angina flegmonosa	1	—	1
Cirrosis del hígado	2	2	4
Cirrosis atrófica	1	1	2
	256	257	513
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	4	4	8
Uremia	4	3	7
Nefritis	9	7	16
Albuminuria	1	1	2
Fistula vaginal	—	1	1
Atrofia de la vejiga	1	—	1
Metro-peritonitis	—	2	2
	19	18	37

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Linfo-adenoma	1	—	1
Erisipela	1	1	2
Gangrena	—	1	1
Eczema difuso	1	1	2
Antrax	1	—	1
Noma	1	1	2
	5	4	9
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	2	1	3
Tumor blanco	—	1	1
Osteo mielitis	1	—	1
Tabes dorsal	1	—	1
	4	2	6
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	1	1
Hemorragia	—	1	1
Placenta prévia	—	1	1
	—	3	3
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion	8	—	8
Heridas	7	2	9
» por arma de fuego	6	—	6
Ustion	4	—	4
Intoxicacion saturnina	1	—	1
Rabia	1	—	1
Traumatismo	1	—	1
Fracturas	9	—	9
	37	2	39
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	15	19	34
Nacidos muertos	66	45	111
	81	64	145

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
E Sin clasificacion			
Abceso	1	—	1
Accidentes de la dentición	1	—	1
Anemia	3	—	3
Asfixia	1	—	1
Consuncion	6	1	7
Fiebre	—	1	1
Marasmo	2	1	3
Hidropesia	1	—	1
Inanicion	2	3	5
Septicemia	—	1	1
Senectud	3	4	7
Astenia	1	—	1
Atrofia	1	—	1
Sin especificacion	5	4	9
	27	15	42

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
854	729	1583

Defunciones generales ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el año 1893 (conclusión)

CAUSA DE LA MUERTE SEGUN APARATOS	Número de fallecidos V.	M.	Total	Proporción por 100 defunciones generales
Enfermedades epidémicas	622	504	1.126	7,87
» solamente virulentas	17	2	19	0,14
» generales	1.060	777	1.837	12,88
Afecciones locales agudas ó crónicas, sistema nervioso	1.256	940	2.196	15,37
Enfermedades del aparato circulatorio	677	379	1.056	7,38
» » respiratorio	1.452	1.206	2.058	18,61
» » digestivo	1.293	1.107	2.400	16,79
» » génito urinario	188	126	314	2,20
» » piel y tejido celular	46	31	77	0,53
» » órganos de la locomocion	16	11	27	0,19
Afecciones puerperales	—	50	50	0,35
Muertes accidentales ó violentas	360	87	447	3,12
Niños nacidos muertos ó muertos poco después de nacer	901	737	1.638	11,46
Otras causas	238	207	445	3,11
TOTALES	8.126	6.164	14.290	100,00

Año XVII—1894 BUENOS AIRES Tomo XVII—Nº 3

Anales del Círculo Médico Argentino

MARZO DE 1894

ANEURISMA ARTERIO-VENOSO

CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL MILITAR DE BUENOS AIRES

por el **Dr. Diógenes Decoud**

El caso de que voy á ocuparme presenta algunas particularidades interesantes, que se refieren no solamente al diagnóstico, sinó tambien á la forma anátomo-patológica de la lesion y á su estraña terminacion.

Los aneurismas arterio-venosos no son comunes en la clínica quirúrgica, porque su produccion requiere una causa traumática de naturaleza especial y en condiciones aun mas accidentales. Los aneurismas en el pliegue de flexion del codo, que en otro tiempo eran tan frecuentes por causa del abuso de la sangria, hoy no se ven sinó excepcionalmente; pero los numerosos casos observados han servido para dejarnos el conocimiento de la lesion y de su evolucion. No así, sin embargo, por lo que toca al tratamiento, que sigue siendo variable segun sea el sitio, y de resultados inciertos.

Por eso, hoy, cuando un caso se presenta á la clínica, dos puntos aun no bien definidos vienen al exámen. Hay que resolver primero, en cuanto al pronóstico, la benignidad ó la malignidad de la afeccion; luego la oportunidad y la forma de la intervencion.

Desde *Hunter*, la idea nacida de la observacion, es que estos aneurismas son benignos porque su evolucion es lenta. Esta benignidad seria, según *Le Fort*, el carácter clínico que mejor los distingue de los aneurismas arteriales. No obstante, si se examinan mas detenidamente las numerosas observaciones que se han publicado, se nota desde luego que la nocion de benignidad no tiene otra base que la lentitud del desarrollo y el carácter transitorio de su estacionamiento.

Considerando bajo otro punto de vista, el aneurisma arterio-

venoso es un peligro para el que lo soporta y una causa de perturbaciones diversas: puede aumentar ó romperse, espontáneamente ó por causa de un traumatismo, aun despues de muchos años de estacionamiento; pueden trasformarse en aneurismas arteriales, y cuando se sitúan en los miembros, que es el caso mas frecuente, originan alteraciones motrices, sensitivas y nutritivas, tales como el adormecimiento, el dolor, la impotencia funcional, parálisis, atrofias, várices, úlceras, — y esto seria constante segun *Braman.* Sérias perturbaciones cardíacas han sido señaladas por *François Frank*, como pudiendo sobrevenir cuando la lesion se sitúa en los vasos del cuello ó del tórax, á causa de la fuerte presion con que la sangre vuelve al corazon. Así, esta afeccion local, que es soportable durante cierto tiempo, constituye desde luego ó prepara para el porvenir una série de perturbaciones que quizá convendria evitar en tiempo, antes de que adquirieran un incremento mas acentuado y seguramente irremediable.

Hay además un punto que *Broca* dejó bien establecido en sus minuciosos estudios sobre este asunto y que la clínica sigue confirmando: los aneurismas arterio-venosos jamás curan espontáneamente.

De este modo presentado el pronóstico, pareciera desde luego que la intervencion quirúrgica debia practicarse en seguida, sin preocuparse de discutir la cuestion de oportunidad; — pero lo que vuelve singularmente vacilante esta determinacion, es no solo la incertidumbre en los resultados, sinó que esos resultados pueden ser funestos para el operado.

Si recurrimos á las últimas estadísticas vemos cifras que asombran. La ligadura por el método *Anel-Hunter*, en cuatro veces, fracasa tres, cura en una; las ligaduras dobles ó cuádruples, con ó sin incision ó extirpacion del saco, tendrian en su favor una proporcion mucho mas aceptable que la anterior, hasta un 77 % de éxitos, si las consideramos en conjunto; pero si analizamos esa cifra, vemos que la ligadura doble, por ejemplo, en 16 casos, cura nueve, mata en cinco y recidiva en dos. Luego, si tomamos los aneurismas arterio-venosos de la femoral, la proporcion no es tampoco alentadora: en cinco casos de doble ó cuádruple ligadura, dos curados, tres muertos; en otros cinco con incision del saco, tres curados, dos muertos. Las inyecciones coagulantes, la galvano-puntura, son fatales, y la compresion (*Vanzetti*, *Nelaton*), que es el mé-

todo que ha dado mejores resultados, no es aplicable sino hasta el tercer mes y en el pliegue del codo, á veces en la femoral superficial (*Broca*), y no está exenta de peligros.

Creo entonces poder deducir de estos datos, que los aneurismas arterio-venosos, si bien son de un pronóstico mas benigno que los aneurismas arteriales, son mucho mas graves cuando caen bajo el dominio del tratamiento quirúrgico, exceptuando los casos en que la lesion se sitúa en vasos de orden secundario. Es con este criterio que me ocuparé de mi enfermo.

El era un hombre fuerte, de treinta y cuatro años, que habia servido en el ejército desde la edad de catorce años. Nada mórbido revelaba, ni en sus antecedentes hereditarios ni en su vida propia. Su aneurisma data de 1880, á causa de una puñalada que recibió en el tercio inferior y externo del muslo, inferida con un cuchillo largo y delgado. Una cicatriz de fondo depresible revela el sitio de la herida, por delante del tendon del biceps, á seis traveses de dedo por encima del vértice de la cabeza del peroné. El sujeto asegura que la direccion del arma fué de abajo arriba, pero si la suponemos horizontal, prolongando una línea recta desde el punto de entrada, corresponderia en el lado opuesto al canal de Hunter.

La herida produjo poca hemorragia y sanó pronto. El enfermo volvió al servicio, pero al cabo de poco tiempo, un mes próximamente, notó hácia el lado *interno* del muslo un tumorcito pulsátil, doloroso, que lenta y continuamente se ha ido desarrollando hasta alcanzar su volúmen actual.

El tumor, grande como el puño, ocupa el lado interno y anterior del muslo, pero poco mas el lado anterior. La dimension de su eje longitudinal mide quince centímetros, su eje transversal trece, y la parte media del tumor correspondia á un punto situado á seis traveses de dedo del borde superior de la rótula. La circunferencia del muslo al nivel del canal de Hunter era de cincuenta y un centímetros, en tanto que la del lado sano á la misma altura no pasaba de cuarenta y cuatro centímetros.

Inspeccion. — El tumor aparece bien limitado arriba, abajo y atrás; pero adelante sus bordes tienden á perderse de un modo insensible bajo el músculo recto anterior. Se observan movimientos rítmicos de espansion y levantamiento.

Palpacion. — Sensacion del *thrill murmure*, muy acentuado

al nivel del tumor. Este thrill es perceptible hasta el vértice del triángulo de Scarpa y en toda la circunferencia del muslo al nivel del tumor; no se siente en el hueco popliteo.

Auscultacion. — Soplo contínuo, muy intenso, con refuerzo sistólico. Este soplo es perceptible, arriba, hasta un través de dedo por encima del ombligo, y abajo hasta cinco centímetros bajo la parte media del losanje poplíteo.

Signos funcionales. — De algun tiempo á esta parte la marcha se hace molesta á causa del dolor y los calambres. Los movimientos de flexion de la rodilla son penosos. Sensibilidad de la pierna obtusa. Desarrollo del sistema piloso. Venas varicosas. Volúmen de la pierna, normal.

La compresion de la femoral en el triángulo de Scarpa ó en la parte media de su trayecto hace cesar los latidos del tumor. La pulsacion de la tibial posterior atrás del maleolo no es perceptible del lado enfermo; en la tibial anterior sí.

Así, el sitio causal de la lesion, el desarrollo inicial en la parte interna del muslo, su evolucion, los signos de la palpacion, de la auscultacion y la compresion, el sitio manifiestamente superficial, todo hacia suponer que el tumor vibratorio correspondia á la femoral superficial. Solamente los límites del borde ántero-externo, en que el tumor parecia insinuarse bajo la masa muscular del recto anterior, no encontraba una explicacion satisfactoria. Pero todos los signos, aislados ó en conjunto, no podian tender sinó á afirmar que se trataba de un aneurisma varicoso de la crural, iniciado al nivel del canal de los aductores.

Tal era el caso y el diagnóstico. ¿Debia operar? Mi sujeto no consentia sinó á condicion de que no peligraria ni su vida ni su pierna. La vida no peligraba, porque la gravedad de la operacion proviene de la gangrena séptica, que es fácil evitar; pero la gangrena simple sin septicemia, la mortificacion de la pierna por falta de irrigacion, podria obligar despues á la amputacion secundaria. Si no intervenia, quedaba imposibilitado para el servicio militar, ó inválido para el trabajo activo. Bajo otro punto de vista, y esto era lo que mas animaba, mi caso se presentaba en condiciones particularmente ventajosas para la ligadura de los cuatro estremos y la extirpacion del saco, como la operacion única en esta region que últimamente Wahl realizó con éxito. En efecto, la circulacion de retorno quedaba

ámpliamente asegurada por las safenas interna y posterior — y podia esperarse que la circulacion arterial se restableceria con los colaterales y anastómosis de la region posterior.

Con estas presunciones favorables decidí la operacion; pero ántes de practicarla quise intentar un método de cómpresion: la anemia del miembro por la banda de Esmarch, luego la compresion directa de los vasos por el compresor de Broca;—no tanto con la idea de una tentativa de curacion que jamás se ha obtenido en esas condiciones, como por preparar la circulacion colateral. Este ensayo duró diez dias. El tumor disminuyó lijeramente de volúmen y el thrill se hizo menos acentuado.

Entonces fijé el dia de la operacion. Una vez hecha la isquemia del miembro, practiqué una incision ondulada de doce centímetros y la region fué puesta en descubierto, desde la parte media del muslo, hasta mas abajo del anillo de Hunter. Adelante y adentro aparecian las fibras del vasto interno distendidas y cruzadas por una red venosa, atrás el lecho del gran aductor, afuera el sartorio; y la vena y la arteria intactas en toda su extension. Del tumor no quedaba huella despues de la aplicacion de la banda de Esmarch, pero palpando su antiguo sitio, noté bajo las fibras del vasto interno una superficie depresible, como flotante, y comprendí entonces el error del diagnóstico. El tumor no correspondia á la femoral sinó á la poplítea y se habia abierto paso, hundiéndose entre las fibras del vasto interno, hasta formar la prominencia que con todas las apariencias simulaba un aneurisma de la femoral.

Las condiciones de mi operacion variaban. Tenia bien presente la anatomia patológica de esta clase de lesiones y sabia que la diseccion del saco requeria la de adherencias que acaso me obligarian á nuevas ligaduras y aun á las de colaterales importantes que penetrasen al saco, en una region donde yo esperaba la nueva circulacion. Frente á la seguridad que tenia en mi plan anterior, se hizo en mi la conciencia de que peligraria el miembro. Con menos razon debia intentar los otros métodos que han dado peor resultado, y preferí no responsabilizarme de ulterioridades probables, dejando á mi sujeto en el mismo estado, libre para que me autorizara despues á una intervencion cuyos límites no

habia previsto, pero perfectamente factible, aunque de éxito menos seguro y no urgentemente necesaria.

Antes de quitar la banda hemostática, se hizo un vendaje compresivo. Recien al cuarto dia se pudo percibir de nuevo en el tumor el thrill, muy debilitado. La herida curó sin accidentes y despues de una semana quité la última curacion, recomendando aun algunos dias de reposo. El tumor habia disminuido de volúmen notablemente. En cuanto á una nueva intervencion, el paciente la rehusó terminantemente, por poca que fuera la posibilidad de perder el miembro. Tres dias despues, al volver al lecho que habia dejado momentáneamente, cayó de súbito, sin sentido. La agonia duró dos minutos. Hice el diagnóstico de muerte por embolia pulmonar y este diagnóstico fué luego confirmado.

La autopsia general no reveló en las vísceras ningun pasado mórbido ni lesiones patológicas presentes. Todo el sistema arterial estaba vacio, contrastando con la extraordinaria replecion de las venas. En el corazon, el ventrículo izquierdo igualmente vacio, en tanto que el derecho lleno de coágulos y sus paredes muy adelgazadas. Pulmones anemiados. La embolia fué hallada en una ramificacion secundaria de la arteria pulmonar derecha.

En cuanto al aneurisma, presentaba los caracteres que habia presumido en el acto de la operacion. La arteria comunicaba con la vena por una ancha abertura de seis á siete milímetros inmediatamente por encima de la articular superior. El saco, del volúmen de una naranja, estaba formado por paredes venosas, espesas, hundidas entre las fibras del vasto interno. Sin dificultad hice la diseccion en las tres cuartas partes de su circunferencia, donde fué fácil aislarlo con el dedo, pero en el cuarto inferior penetraban dos gruesas colaterales y en la extension de tres centímetros existia una adherencia íntima de las paredes con la línea áspera del fémur. La existencia de esos vasos y la proximidad de la articular superior, demuestra que la ligadura de los cuatro extremos, sin extirpacion del saco, no hubiera evitado la recidiva del aneurisma. El saco estaba casi lleno de coágulos recientes y de algunos coágulos antiguos, fijos á la porcion de la pared adherente al hueso; pero fué un trombus reciente el que produjo la embolia.

Este singular trayecto de un aneurisma poplítea no es

simplemente caprichoso. Yo creo como otros que las dilataciones vasculares se desarrollan hácia el punto en que encuentran menor resistencia. En el caso actual, aparentemente, esa menor resistencia pareciera corresponder á la parte posterior ó externa, y así debe ser en efecto estando el miembro en reposo, pero en estado de actividad el punto mas débil seria adelante y adentro, hácia la masa muscular, y no en direccion á los tabiques aponeuróticos, tensos y resistentes. En esas condiciones se encontraba mi sujeto que abandonó el lecho á los diez dias para recomenzar su vida activa.

Recuerdo en cuanto á esta forma de trayecto un hecho análogo que ocurrió hace tres años en la clínica de *Pirovano*. Se trataba de un tumor del hombro, bien limitado y que habia tenido una evolucion rápida. Se hizo el diagnóstico de sarcoma de la extremidad superior del húmero y se procedió á la operacion. Una vez incindida la capa muscular del deltoides, el saco estalló. Se vió entónces que el tumor consistia en un aneurisma de la axilar que se habia deslizado bajo el músculo hasta formar prominencia en el lado externo, sin que á la simple inspeccion ninguna apariencia hiciera presumir su orígen.

Lo que constituye un modo de terminacion singularmente extraordinario en este aneurisma arterio-venoso, es el que he descrito en mi historia, y no encuentro mencionada la muerte por embolia pulmonar en ninguna de las monografias publicadas sobre ese punto (1). Pero en ese hecho ¿puede haber influido mi tratamiento? La intervencion quirúrgica, que se limitó á una simple incision exploratriz, indudablemente no; pero la compresion puede haberla determinado. Es posible, yo lo creo.

Y sin embargo, la compresion es el método que mas se ha ensayado en el tratamiento de estos aneurismas, en todas las formas, compresion total por los métodos de *Theden*, de *Ferrari* y de *Reid*, compresion indirecta, compresion directa asociada ó no á la compresion indirecta, — y cada una de ellas en todos los periodos y en todas las localizaciones de

---

(1) *Barwell, Braman, Broca, Delbet* en 251 casos, *Kirmisson.*

la lesion. Su resultado ha llegado á ser relativamente favorable, pero debo aclarar diciendo que tal éxito no ha correspondido sinó á los casos recientes y á muy determinado sitio. La compresion, en efecto, en el primer período, puede curar produciendo una irritacion adhesiva en las paredes del saco; en los casos antiguos este mecanismo no es ya posible, y es el trombus por el contrario el que se produce, si el traumatismo de la compresion ha podido alterar la pared interna del vaso. Un fragmento desprendido por el impulso de la corriente sanguínea, puede entonces obliterar la abertura superior de la vena, y esto haria que el tumor aumentase de volúmen rápidamente. Este accidente no es frecuente, pero se ha producido. En el várice aneurismal curado por *Hesselbach*, la compresion en tres semanas primero llenó el saco de coágulos y los signos estetoscópicos disminuyeron; luego de pronto, cuando el enfermo se levantó, el soplo desapareció súbitamente: un coágulo habia ido á obliterar definitivamente la comunicacion entre arteria y vena.

Bastaria cualquiera de estas circunstancias, una mayor dimension de la abertura comunicante ó un volúmen menor del fragmento desprendido, para que éste pudiera llegar á la arteria pulmonar. En el caso de *Beaumont* (1), el aneurisma existia desde hacia diez años, sin mayor molestia, cuando de pronto, despues de una carrera á caballo apareció un dolor vivo y el tumor aumentó de volúmen. El coágulo seguramente habia interceptado el extremo superior del vaso. El enfermo murió por causa del cloroformo en momentos en que se le iba á practicar la ligadura de la ilíaca externa. Esa es la interpretacion de *Delbet*; pero como la historia de la autopsia es deficiente, yo prefiero atribuir ese accidente á la marcha ascendente de la embolia, que primero se detuvo obliterando el saco.

Los bruscos aumentos de volúmen á causa de un traumatismo en los aneurismas arterio-venosos que han quedado largo tiempo estacionarios, no reconocen seguramente otra causa que la ya mencionada, la obliteracion parcial completa de la abertura venosa por un fragmento desprendido de antiguo trombus; y esto no es una simple suposicion teó-

---

(1) Citado por *Delbet*.

rica: ha sido demostrada. Lo singular es que ninguna de las observaciones publicadas mencionan ni un solo hecho en que una embolia en esas condiciones siguiera desde allí su marcha ascendente y produjese los accidentes consiguientes, segun su volúmen.

En mi caso no hubo traumatismo, pero la compresion practicada con prudencia fué repetida primero seis veces, luego prolongada, aunque muy suavemente, bajo el vendaje, despues de la operacion, durante cuatro dias seguidos. Que se formaron coágulos, no lo dudo: lo revelaba la disminucion del tumor y la disminucion del thrill. Bastó luego un movimiento en un cambio de posicion para que el accidente se produjera.

Por raro que sea el hecho, implica la posibilidad de su repeticion, — y aunque tantas veces se ha practicado la compresion, quizá esta maniobra no haya sido siempre tan impune. De cualquier módo, el método no está exento de peligros en los aneurismas antiguos en que el trombus es la regla, ni aun en los recientes porque esa trombosis no siempre podria evitarse. Si la compresion por otra parte no da resultado sinó en los aneurismas recientes del pliegue del codo, allí, la ligadura cuádruple con extirpacion del saco seria en todo caso mas segura y siempre menos peligrosa.

Buenos Aires, Febrero de 1894.

Estudio sobre la erisipela

Su contagio y su tratamiento basado en observaciones personales de carácter epidémico y sobre nuestros conocimientos actuales en bacteriologia

Por el **Dr. B. Larroque**
De la Facultad de París

Aunque la Academia de Medicina de Paris, en su sesion del 23 de Junio de 1885, haya tomado por unanimidad una resolucion sobre el contagio de la erisipela, su disminucion, gracias á la antisepsia y á la creacion de locales particulares

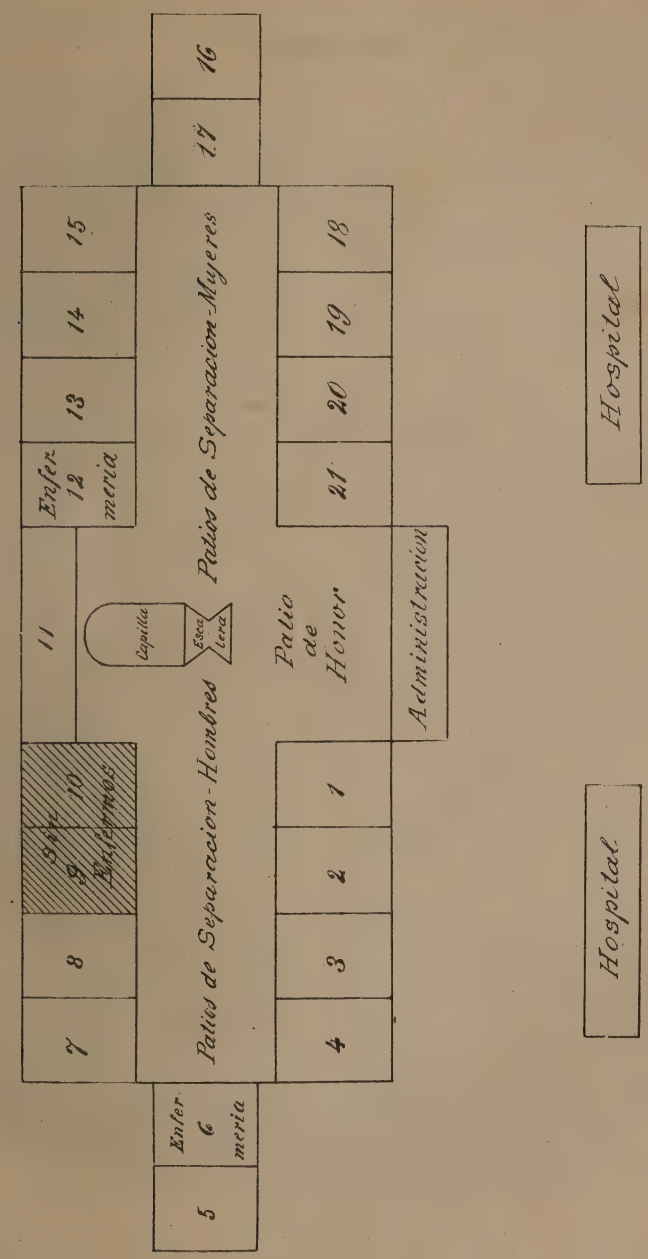
para aislar los erisipelatosos, la erisipela permanece sin cesar á la órden del dia. Esta cuestion es siempre nueva, así es que uno puede darse cuenta de ella por las múltiples comunicaciones que fluyen de fuentes tan diversas. No queremos volver otra vez sobre todos los diferentes puntos que han sido objeto de discusion, sino exponer algunas consideraciones sobre numerosos casos de erisipela sucedidos durante el curso de nuestros estudios y observados, ya sea en el servicio de nuestro excelente maestro, el Doctor Christian, ó en otras partes.

Medio nosocomial

Ante todo, para seguir y hacer comprender bien la marcha de esta afeccion, voy á describir muy sucintamente nuestro medio nosocomial.

El asilo de Charenton se divide en tres partes. Sobre una altura se descubre el manicomio de los hombres y de las mujeres. Esos dos servicios son independientes y separados uno de otro por un patio de honor. A la izquierda están los hombres divididos en ocho secciones, del número 1 hasta el 8; á la derecha están las mujeres divididas en once secciones, del número 11 hasta el 21. Al pie del asilo y separado de él, se halla un hospital especialmente destinado á la cirugia y á las afecciones agudas. Este hospital está reservado, como de costumbre, á los enfermos indigentes que vienen de afuera y no tienen por consiguiente nada que ver con los enfermos del manicomio. Solamente los médicos, los internos sobre todo, están en contacto con los enfermos de los diferentes servicios.

Hacia largo tiempo que no se habia producido ningun caso de erisipela en ninguno de esos servicios.


Hospital
Hospital
Administracion
Patio de Honor
Patios de Separacion-Hombres
Patios de Separacion-Mujeres
Capilla
Escuela
Enfermos
Enfermeria
Enfermeria
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

Observaciones

NOTA.—He reemplazado las largas observaciones y las he reducido á las siguientes:

Observacion I.—El 1er caso sobreviene el 18 de Enero de 1885, en un guardian de la 4a division de los hombres. Victor R., de 26 años, de buena salud, era sujeto desde años á erisipelas de la cara. La erisipela evoluó como de costumbre. El enfermo se restableció á fines del mes. Fué curado en la 6a division (enfermeria).

Observacion II.—El 2o caso sobreviene el 31 de Enero en Victoria D., demente de 69 años, en la 17a division. La erisipela principió por la picadura de sanguijuelas que habian sido aplicadas despues de una hemorragia cerebral. 15 dias despues, D moria de consecuencias de la hemorragia cerebral. Estaba sana de su erisipela.

Observacion III.—Leon C., guardian de la 2a division, de 42 años, hombre fuerte. Empieza la erisipela el 9 de Marzo. La enfermedad sigue su curso, pero da mucha fiebre, subdelirium, y acaba por sanar á fin de ese mes.

Observacion IV.—José M., 36 años, enfermero de la 6a division (enfermeria de los hombres), robusto y siempre de buena salud. Tuvo su erisipela el 4 de Abril. La temperatura subió mas de 40o. El 13 de Abril estaba sano.

Observacion V.—*Erisipela á repeticion.* Oscar Andre B., 45 años, demente tuvo el 13 de Abril una erisipela de la cara y del cuero cabelludo. Sobrevino dos recidivas alrededor de costras impetiginosas. A fines de Mayo se restableció. Este enfermo estaba en la 6a division (Enfermeria).

Observacion VI.—Ana L., demente, 69 años, buena salud, en la 16a division el 15 de Abril, tuvo una erisipela de la cara que sanó á fines de ese mes. Un golpe en la parte superior del ojo derecho dió principio á esa afeccion.

Observacion VII.—En la 19a division, Celina C., 68 años (melancolia) de buena salud, contrajo, el 21 de Abril, un erisipela de la cara. Estaba sana en los primeros dias de Mayo.

Observacion VIII.—Jacques B., 80 años, demente (6a division) despues de un ataque, cae sobre la frente el 2 de Mayo. Sobreviene una erisipela en esa region. Tres dias despues, sucumbia de una congestion cerebral, como lo comprobó su necropsia.

Observacion IX.—*Erisipela ambulatoria.* B., boticario, 65 años, (mania intermitente). Salud bastante buena en los periodos de calma. Afeccion orgánica del corazon (insuficiencia mitral y aórtica). Estaba en la 6a division, cuando le sobrevino un erisipela que empezó por las piernas en los primero dias de Mayo. Los miembros inferiores y superiores, el tronco fueron, sucesivamente atacados. Un viaje prematuro, la indocilidad del enfermo agravaron la erisipela que recidivó y se puso flegmonosa. Se hicieron dos incisiones en las paredes torácicas y diez en la pierna derecha. El enfermo se restableció á fines del mes de Junio. Durante la enfermedad, se notó una pequeña cantidad (algunos centígramos) de albúmina no retractil.

Reflexiones

En suma he ahí nueve casos bien netos de erisipela. Exceptuando un solo caso (obs. 8ª) en la cual ha sobrevenido una complicacion, todos los enfermos han curado. Si á esos nueve casos se agregan las dos recaídas de la observacion núm. 5 y la de la obs. núm. 9, puede decirse que son doce casos.

Salvo los casos de las observaciones 8 y 9, todos son de erisipelas benignas.

A causa de traumatismos bien averiguados han sobrevenido tres casos, (obs. núm. 2, 4, 8).

Hay tres casos para el manicomio de las mujeres; el resto pertenece á las divisiones del servicio de los hombres.

En el hospital destinado en gran parte á las afecciones quirúrgicas, no se produjo ningun caso. Nuestra epidemia se desarrolló en el invierno y se terminó en la buena estacion.

Si se examina la manera como se han propagado en diferentes casos, se constata que el medio nosocomial de nuestro establecimiento estaba indemne desde largo tiempo atrás cuando apareció el primer caso entre los hombres. Poco despues, á propósito de un traumatismo y tal vez de un enriamiento, se produjo un caso entre las mujeres. Estas dos afecciones, como ya lo he advertido mas arriba, tuvieron su origen en las dos alas mas alejadas del asilo. No se puede pretender que el contagio se haya trasmitido de un individuo á otro, por la sencilla razon de que el guardian de los hombres, que es el paciente de la observacion núm. 1, no penetró en las divisiones de las mujeres cerca de la enferma de la observacion núm. 2. Se alegará tal vez que el contagio ha podido trasmitirse por intermedio de los jefes de servicios, de los internos, etc., y en condiciones que se nos escapan (?). Sin embargo, ningun caso surgió en el hospital.

Ahora que conocemos el doble orígen de esta afeccion, veamos cómo se agrupan en diferentes casos.

En el servicio de las mujeres el primer caso, (obs. núm. 2), sucede en la XVII division; el segundo, (obs. núm. 6), en la divi-

sion mas próxima, es decir, en la XVI division; el tercero, (obs. núm. 7), en la XIX division.

Entre los hombres, el primero, observacion núm. 1, aparece en la IV division, el enfermo es trasladado á la VI division que es la enfermería de los hombres; el segundo caso, observacion núm. 3, en la II division; el tercero, observacion núm. 4; el cuarto, observacion núm. 5; el quinto, observacion núm. 8; el sexto, observacion núm. 9, pertenecen á la VI division.

Estas aproximaciones son de notar. No se ven casos en las divisiones extremas.

Sobre diez y nueve divisiones, la epidemia se limita á seis divisiones, y entre los hombres especialmente á la VI division (enfermería).

Los dos puntos de que emanan los otros casos están situados en el centro de cada servicio.

El primer caso aparece entre las mujeres en la XVII division, y son atacadas en seguida la XVI y la XIX; entre los hombres el primer caso surge en la IV division (el enfermo es trasladado inmediatamente á la VI division) la segunda division se vé atacada y despues todo queda en la VI division.

El contagio es demasiado visible para no rendirse ante la evidencia y sin embargo aún en la enfermería de los hombres (VI division) habia allí algunas llagas, algunas escaras. A más los enfermeros, por lo menos algunos, no son irreprochables al punto de vista de la higiene y de la limpieza.

Sin embargo, ninguno entre ellos ha sido atacado. Sin duda es difícil explicarse esta inmunidad. Sucede con la erisipela lo que con ciertas enfermedades, quedarán siempre algunas incógnitas en el problema tan complicado del contagio y de la inmunidad. Se trata aquí sin duda de una cuestion de terreno. Nosotros somos, siguiendo la expresion, de Pasteur un caldo de cultura. Pero nuestros tejidos están en estado de receptividad ó bien presentan una resistencia particular contra el agente nocivo. Nada más curioso que el estudio de la «phagocytose» descrita en estos últimos tiempos y que es imposible detallar aquí más largamente.

Bacteriología

¿Por qué medios se propaga el contagio?

Los escritos y trabajos recientes del profesor Cornil prueban que es debido á un micro-organismo.

Desde 1868 Hueter había reproducido la erisipela, haciendo una picadura con un alfiler.

En seguida Nepveu en sus investigaciones encuentra nueve veces el «micrococcus» de la erisipela. Si se producen algunos casos negativos, es debido á que sus microbios inoculados provienen de erisipelas llegadas al período de declinacion (un dia despues de haber desaparecido toda coloracion).

Posteriormente Wilde, Luckowsky, Bouchard, Orth han arribado á conclusiones análogas para ellos: el micro-organismo existe. Inoculado en las orejas de un conejo, reproduce los caractéres patogneumónicos de la erisipela. Por fin, nosotros hemos reproducido durante nuestro internado algunas erisipelas artificiales con culturas del microbio patógeno, ya sea en agar-agar, en la gelatina, etc. (1)

Se han hecho notar en el curso de esos estudios algunas afirmaciones más ó menos contradictorias de Luckowsky y de Bellien, de Tillmanus y de Koch, pero finalmente hoy están de acuerdo. Las pruebas abundan.

Fehleisen ha inyectado á una mujer, de 58 años de edad, atacada de múltiples sarcomas de la piel, algunos micrococci erisipelatosos á la cuarta generacion de cultivo. Esta inoculacion reprodujo una erisipela con cicla febril. Neudorfer inoculó la erisipela con una jeringa de Pravaz, de la que se habia servido para inyectar una solucion fenicada en unas placas erisipelatosas, etc., etc.

Se pregunta aún en qué partes del organismo se encontraba ese micrococcus. Según los trabajos de Hueter, Luckowsky, Fehleisen y Cornil «se encuentra en los cortes de fragmentos

---

Nota.—Es necesario tomar el microbio específico, no como se ha escrito sobre las flictenas ó al centro de la erisipela, sino sobre el borde rojo de los límites de la erisipela, en el paraje en que el proceso se desarrolla con más actividad.

de piel erisipelatosa, colorados de violeta de metil, algunos microbios redondos asociados de dos á dos (diplococcus) ó en cadenillas sinuosas (streptococcus) entre los intersticios. Se encuentran tambien en los vasos linfáticos, en las células adiposas, en el tejido conjuntivo subcutáneo, en la sangre, los orines».

«Este microorganismo arrastrado por el torrente circulatorio va á los pulmones, de ahí provienen congestiones, neumonias; se le ve en las meninges y si los orines son albuminosos se le encuentra sobre la superficie de las células renales sobre los cilindros hialinos, en los vasos del riñon, etc.»

Antes de demostrar las consecuencias que se desprenden de nuestras observaciones, creemos que es conveniente hacer conocer algunos puntos importantes tomados en gran parte de los recientes trabajos del profesor Cornil.

El señor Hervieux en un discurso bastante reciente, dice: «que el gérmen erisipelatoso es un elemento piógeno banal semejante á aquel que se encuentra en las inflamaciones sépticas, las peritonitis puerperales, las flebitis, angioleucitis, infecciones de los recien nacidos, flegmones, piohemia.»

El profesor de Bale, Socin, pretende aún que «el pus de la osteo-mielitis y sus micrococci blancos y amarillos pueden provocar en nuestros tejidos algunas supuraciones de aspecto clínico bastante diferentes, furúnculos anthrax, inflamaciones celulares, difusas y circunscritas». Por ejemplo, el señor Grassi que fué inoculado con el pus de un flegmon óseo en la piel de su brazo, dió por resultado un anthrax formidable. Esos diferentes micrococci se reunen con los de la erisipela y forman entonces algunas enfermedades de gran gravedad. Como testimonio de esto, podemos citar las estadísticas de Verneuil, que arrojan 7 muertos sobre 30 casos, la de Gosselin, 31 muertos sobre 133, y las observaciones de Léfort, Trelat, etc. Este último ha citado dos casos en los cuales «la erisipela se manifestó en un punto del cuerpo que no era aquel sobre el cual señalaba el traumatismo».

Estas diversas citas nos hacen comprender la coincidencia

que observamos algunas veces entre numerosos casos de erisipela y una epidemia puerperal, neumonias, paperas, etc., y recíprocamente. «Aun cuando los términos quirúrgico y médico en la erisipela expresan variedades de una misma enfermedad infecto-contagiosa por el streptococcus patógeno, sin embargo el primero causa á menudo la muerte, mientras que el segundo es benigno, y esto, aun cuando los microbios anden en la sangre, en los vasos de la circulacion general. El terreno difiere.»

Cansados y debilitados por un traumatismo «los gérmenes de la erisipela se mezclan, al momento en que se produce la caquexia, con los de la fiebre puerperal, etc.» De ahí esas afecciones complicadas, de las cuales acabo de hablar, afecciones mas graves al modo de enfermedades piémicas ó septicémicas.

Por otra parte, Cornil ha visto á los micrococci de la erisipela flegmonosa dar origen en un cultivo sobre gelatina al streptococcus de la erisipela y al stafilococcus de la osteo-mielitis.

«Los dos microbios se han desarrollado en la misma proveta.» Para esta última causa, Cornil admite la existencia de esas enfermedades complejas en las cuales la erisipela se mezcla al flegmon, á la septicemia, etc.

Esta erisipela reviste el «syndroma» de las afecciones infecciosas. El riñon, el corazon, el hígado, el bazo, etc., son atacados. Hemos observado esas complicaciones en gran cantidad de enfermos, distintos de aquellos que son objeto de este trabajo. Nada prueba mejor el género infeccioso de esta enfermedad que las propagaciones á distancias, sobre todo en las úlceras del lado del duodeno.

Es el agente infeccioso que vá á localizarse en otra parte por infeccion general.

La prueba de esta asercion, es que se vuelve á encontrar en los riñones, en el bazo, etc., el microbio inicial, streptococcus ó diplococcus que cultivado reproduce siempre la erisipela compleja. La erisipela grave no es pues una erisipela verdadera, pura, sino una especie de enfermedad híbrida, una

afeccion compleja en la cual los micrococci de la erisipela se mezclan con los bacterios septicémicos inflamatorios. Debieran ser esos microorganismos los que provocaran á su turno esas supuraciones difusas, esos desprendimientos, esas gangrenas, etc., y á veces la muerte.

Así, podemos felicitarnos de no haber visto en nuestras salas ningun caso de tal gravedad. Porque nuestros enfermos eran personas de buena salud, robustos en su mayor parte, la afeccion no revistió un carácter grave, excepto sin embargo entre nuestros enfermos del núm. 8 y del núm. 9. El enfermo de la observacion 8 sucumbió á una complicacion producida tal vez por la erisipela, una congestion, fenómeno sobre el cual volveremos.

El enfermo de la observacion núm. 9 era un cardíaco y puede ser que en ese caso hayamos tenido que tratar una erisipela compleja.

Relataremos más adelante otro caso de erisipela compleja.

No hemos encontrado ninguna complicacion visceral, nada en las orinas, como lo hemos hecho notar minuciosamente en nuestras observaciones. Tenemos que hacer una excepcion con el enfermo número 9.

Si la erisipela quirúrgica y médica tienen el mismo punto de partida, es decir, una solucion de continuidad de dimensiones variables, difieren aún en algunos puntos secundarios. La erisipela quirúrgica ataca especialmente á las personas debilitadas, á los viejos alcohólicos, artríticos, á las mujeres, los niños; no sucede lo mismo con la erisipela médica. Esta última, si se quiere fijar la atencion en nuestras observaciones, ha atacado á personas de buena salud. Sin duda existe un «locus minoris resistentiæ» pero ¡qué abismos entre las dos especies de erisipela! En los casos relacionados por nosotros todos se hallaban bien, entre ellos habia personas robustas, (obs. Nos. 1, 3, 4). Si en la obs. No 9 el caso por su recidiva llegó á ser grave, eso se debió á una partida inoportuna, á la imposibilidad de dirigir bien nuestros cuidados, á que el enfermo tenia un vicio orgánico; debilitado tanto en lo físico como en lo moral, la erisipela revistió un carácter serio.

Contagio

Antes de concluir quisiéramos dar algunas pruebas recientes del contagio de la erisipela y decir algunas palabras sobre los nuevos trabajos del profesor Verneuil sobre la erisipela á repeticion.

Una de las pruebas más eficaces la encontramos en la memoria anual del hospital «Rudolph de Viena». El doctor Zaleski, médico de este hospital, no recibia jamás erisipelatosos; sin embargo el 25 Noviembre de 1885, recibió un enfermo que había tenido escalofrios antes de su entrada al hospital y que presentó al dia siguiente una erisipela bulosa en las mejillas y nariz, al mismo tiempo el bazo había aumentado de volúmen y la temperatura de 39°4; la erisipela invadió la frente y la oreja izquierda hasta el 1° de Diciembre. La descamacion empezó en seguida y el 7 de Diciembre la erisipela estaba curada. Hasta el 29 de Noviembre se le aplicó glicerina fenicada (3 %). El 30 de Noviembre, ó sea algunas horas despues de la cesacion de la aplicacion de la glicerina fenicada, el vecino de este enfermo, que era tuberculoso, fué atacado á su vez de erisipela á la cara. Pretendió haber recogido la frazada del primer enfermo; esta segunda erisipela fué tambien tratada por la quinina al interior y la glicerina fenicada al exterior. Seis dias despues, otro enfermo que tenia su cama al otro lado de la sala fué atacado de una erisipela á la cara, despues de haber tenido, algunos dias antes, epistaxis. Poco tiempo despues otro enfermo tisico colocado en medio de la sala y que sufría una otorrea, fué preso de una erisipela á la cara. En fin, el 31 de Diciembre, la erisipela de la cara, hizo su aparicion en una sala de mujeres situada en un paraje alejado de la primera sala infestada. Estos casos fueron notables por la extension rápida de la enfermedad, por su manera de presentarse, por su localizacion y finalmente por su marcha. En todos estos casos los enfermos estaban obligados á guardar cama á causa de la afeccion por la cual estaban en tratamiento; no era pues posible admitir un enfriamiento, sino más bien una infeccion.» A más, todos esos casos

comenzaron por chuchos que se presentaron en el período de descamacion del enfermo contaminador. Todos los casos han sido erisipelas de la cara; la duracion aguda ha sido de seis á ocho dias; la temperatura, los síntomas locales han sido los mismos en todos los casos. La marcha ha sido pues típica, tal como se observa en las afecciones infecciosas.

Estos hechos referidos por el doctor Zalesky, los hemos observado en parte en otra pequeña epidemia que se produjo en el servicio de nuestro maestro el Dr. Antonio Ritti acerca de quien desempeñábamos las funciones de interno. No queremos referir todas las observaciones, pero sí señalar su parte interesante.

En la enfermería de las mujeres la señora B. había tenido hacía algun tiempo una erisipela. El 27 de Febrero de 1886 la mujer C. se siente indispuesta. Se la traslada á la enfermería, donde permanece constantemente acostada. Diez dias despues se le vé aperecer una erisipela á esta última. El 6 de Marzo una señora L. que dormía cerca de la enferma precedente, contrae una erisipela que comienza por la mejilla y la oreja izquierda. El 15 de Marzo la señora G. adquiere una erisipela; duerme siempre en la misma sala, en un rincon. A su lado se encuentra la llamada L., débil, incoherente, etc., además revela los signos manifiestos de un reumatismo deformante. Esta enferma no puede moverse en su lecho y guarda por consiguiente la misma postura siempre. Cinco dias despues aparece una erisipela sobre la mejilla correspondiente al lado de la cama de la enferma precedente. El 24 de Marzo la primera enferma tiene una recaída. El 25 de Marzo una sirvienta I., y el 6 de Abril la llamada G., son atacadas por turno. Los casos se sucedieron hasta el fin del mes Junio.

Hácia esta misma época observé en el servicio del doctor Christian, en otros casos, el del llamado C., que aconteció el 22 de Abril de 1886. Fué notable porque debutó por una zona, y después en que se limitó al costado izquierdo de la cara; fué pues hemifacial y ganó las vías respiratorias. Sobrevino la gangrena, sobre todo alrededor de las vesículas de

zona. Este enfermo sucumbió. Sin duda ninguna, puede decirse que la causa fué un microbio complejo.

De todos los casos que hemos observado, el más curioso es, sin contradiccion, el de la enferma del reumatismo deformante crónico que vió aparecer su erisipela sobre la mejilla correspondiente al lado de la cama de una enferma atacada ya de erisipela. La mayor parte de estos enfermos, como en los casos del doctor Zalesky, contrajeron erisipelas en una sala que no abandonaban nunca, y podemos asegurar que el enfriamiento no ha ejercido su influencia. Por otra parte, muchos de esos casos se desarrollaron durante la buena estacion y además varios enfermos no dejaron el lecho. Entre todos estos enfermos la erisipela ha estado limitada á la cara, los síntomas locales, la duracion, la marcha, etc., han sido con poca diferencia casi idénticos y parecen ser la repeticion de la epidemia del hospital Rudolph.

Ved ahí, segun nuestra creencia, algunas pruebas irrefutables de contagio. El señor doctor Terrier, en la sesion del 2 de Febrero de 1887 de la Sociedad de Cirugía de París, ha llevado aún una nueva confirmacion. En su estadística de las diversas operaciones que ha practicado en su servicio durante el año 1886, no ha tenido sino una sola erisipela, originada, piensa el doctor Terrier, de que el enfermo se paseaba por el lado de las salas de medicina en las que había frecuentemente enfermos de erisipela. El señor doctor Després, que no es partidario del contagio, pretende que hay años de erisipelas. Pero este hecho está únicamente en favor del contagio y no puede hallar otras explicaciones.

Sin embargo, es justo reconocer con el doctor Trélat, que hay circunstancias mal conocidas que favorecen ó retardan el contagio. Es por estos motivos sin duda que no ha observado erisipelas durante el año 1886.

Erisipela á repeticion.—Recaídas.—Recidivas

Paso ahora á considerar lo que tiene relacion con las recaídas de las erisipelas observadas entre nuestros enfermos.

Aquí no hemos constatado nada personalmente que pueda aclarar esta cuestion tan delicada y tan controvertida. Puede darse libre curso á las teorías y sacar provecho de todo aquello que se ha dicho sobre esta materia en las sesiones del 14 y 21 de Octubre de 1885 de la Sociedad de Cirugía de París. Vemos en la memoria presentada á la Sociedad de Cirugía, en la sesion del 14 de Octubre de 1885, que el señor profesor Verneuil en su « Ensayo sobre la patogenia de las erisipelas á repeticion », se preguntaba hace treinta años, si un primer ataque no podría originar una discrásia erisipelatosa. Pero puesto que hoy es evidente que el contagio por los gérmenes viene de afuera, está obligado á rechazar toda idea discrásica. Sin embargo, nos dice, si es fácil establecer que en la ciudad, los gérmenes vienen de afuera al hospital, no sucede lo mismo en el campo, sobre todo despues de varios ataques.

Puede admitirse el contagio por primera vez, pero no 114 veces, como lo ha constatado en una señora de sesenta años que padecia de erisipelas desde 1861. Si hay contagio nos dice el eminente profesor, es necesario buscar la causa en la enferma misma. Verneuil emite pues la hipótesis, de que los gérmenes venidos de afuera, desde un primer ataque, habitan en la enferma. Una vez pasado el ataque esos gérmenes dormitan en ciertos puntos del tegumento externo ó de las mucosas, á la entrada de los conductos naturales y manifiestan su presencia desde el momento en que una hendidura, una excoriacion les permite la entrada en los vasos Esta hipótesis permite comprender las erisipeles periódicas, entre las mujeres en las épocas menstruales. En efecto existe casi siempre la herpes entre ellas. Los gérmenes de la erisipela son aerobios; si penetran en los vasos ó espacios linfáticos producen allí algunos desórdenes, pero no tardan en perecer y no provocan por consiguiente sino fenómenos pasajeros. Propios para formar colonizaciones externas, los gérmenes de la erisipela son absolutamente impropios para las colonizaciones internas. Así es necesario como medio profiláctico desinfectar al individuo atacado de erisipela no solo por los demás sino por sí mismo. Tales son las opinio-

nes del profesor Verneuil sobre la erisipela á repeticion. La teoría es seductora y parece verosímil. Tendríamos aún un buen número de observaciones que citar en favor de esta teoría, entre otras, las del doctor J. Girou (de Aurillac) que aparecieron en la *Union Médica* del 11 de Diciembre de 1886, pero preferimos detenernos. Por otra parte, podrán encontrarse en el IV volúmen de las memorias de cirugía del profesor Verneuil y en la tésis del doctor Denuce, un gran número de hechos en cuyos detalles no queremos entrar aquí.

Tratamiento

Al lado de todas estas citas, tenemos que decir algunas palabras á propósito del tratamiento en relacion con las ideas actuales de la erisipela.

Podrá verse personalmente entre nuestras observaciones cual ha sido nuestro método. Él se ha reducido más bien á la expectacion. Tambien es cierto que no hemos tenido que tratar sino con casos benignos, puesto que la generalidad se han limitado á la cara. Pero con los actuales datos creemos que en los casos graves seria de nuestro deber el recurrir á los medios preconizados por la mayor parte de los cirujanos actuales.

El doctor Zaleski en su memoria del Hospital Rudolph, que ya hemos recordado, aconseja los antipiréticos al interior y las lociones fenicadas al exterior. Durante el período de descamacion, es bueno cubrir, dice él, las partes atacadas con una capa de grasa, á causa del contagio que se produce en este período de la enfermedad. El tratamiento tal cual lo ha establecido en su memoria no le ha dado sino buenos resultados.

El señor Haberkorn, una vez confirmada la erisipela («Centralblatt fürt chirurgie», 1886, núm. 19) ha llamado la atencion sobre la accion electiva de los antisépticos tomados al interior. Entre estos preconiza el ácido salicílico, el calomel, el sublimado, y sobre todo el benzoato de soda. Ha acertado perfectamente en cincuenta enfermos. Ninguno ha sucumbido.

Andeer ha empleado recientemente la resorcina contra la erisipela. (Wyss Andeer, Ihle, Deutsch. med. Zeitunger Fortrschrift Geng. 5,1; Medical Chronicle, Octubre de 1886)

Se emplea este antiséptico bajo la forma de compresas embebidas en fuerte solucion colocada permanentemente «loco dolenti».

En fin, el profesor Von Winiwarter y el doctor Fraipont de Lieja, acaban de tratar con éxito la erisipela por un nuevo método en el cual las soluciones de sublimado al 3 % unido á la gaza iodoformada, al alquitran líquido y curacion húmeda al líquido de Burow, desempeñan el más gran papel.

El método del doctor Zaleski me parece haber dado un buen resultado en un caso personal, bastante reciente: He aquí el hecho: A fines del mes de Enero fuí llamado para asistir á una mujer que criaba. Acababa de ser atacada de chuchos, vómitos y epístaxis. Tenia de fiebre 39º; el bazo habia aumentado un poco de volúmen, etc.

Desde el dia siguiente pude constatar los signos físicos con los síntomas de una erisipela que al aparecer por la cara ganó prontó la cabeza.

Hubo muy poco delirio, pero la enferma tenia frecuentes deseos de orinar. El exámen de las orinas (con el licor de Fehling) dió la reacción del azúcar. Al momento prescribí el tratamiento de Zalesky, es decir, los antipiréticos al interior y los antisépticos al exterior. A más le daba algunos purgantes salinos. Dos semanas despues la enferma se hallaba muy bien y el último exámen de las orinas que se hizo en los primeros dias de Febrero no revelaba ninguna señal de azúcar.

Llamo la atencion sobre la presencia del azúcar en las orinas, en ese fenómeno de lactosa (1) y en su pronta desaparicion.

Puede ser tambien que el tratamiento influya algo en la

---

(1) Se llama lactosa un estado completamente especial en el cual se halla la mujer que cria, dando lugar á fenómenos especiales, tanto al punto de vista quirúrgico como médico, pero todavia oscuros, á pesar de los trabajos de Verneuil, Parrot, etc.

cesacion rápida de los otros síntomas graves. Nuestra enferma no trasmitió su crisipela á ningún miembro de su familia, ni á sus hijos. Conviene decir que habíamos tenido cuidado de hacer unciones con la glicerina fenicada á 3 % sobre las partes que habian sido atacadas. El niño ha vuelto á mamar, lo que, cosa curiosa, ha podido continuar sin ningun inconveniente. La enferma creia sin embargo que tenia menos leche que antes y de miedo de ver enflaquecar á su hijo, le dió además el biberon.

Conclusiones

De todo lo que precede podemos desde ya concluir:

1º.—Que nuestros casos han nacido sobre el lugar y se han propagado en seguida por contagio.

2º.—Parece que hemos tenido que habérnosla con la erisipela verdadera, con la erisipela, llamada con razon ó sin ella médica; esta última difiere de la quirúrgica al punto de vista clínico, puesto que la primera es benigna y que la segunda da lugar á una afeccion múltiple, cuyo término es á menudo fatal.

Post scripta

Despues de todo lo que hemos dicho, es imposible negar que estas dos afecciones se asemejan por el mismo microbio inicial, por el mismo contagio y su mismo modo de introduccion debido á una solucion de continuidad. Cuando se habla de la una es necesario hablar de la otra.

«Una llaga irritada no curada y un enfriamiento bastan para tener una erisipela», dice el doctor Després «Gaceta de los Hospitales», 27 de Junio de 1885). Tales afirmaciones caen ante los hechos.

No hay sino remontarse á la época en la que no se aplicaban las curaciones antisépticas. Los enfermos no estaban expuestos á los enfriamientos, las llagas eran cuidadas, si no se hacia la antisepsia, se hacia al menos la asepsia; sin embargo los casos de erisipela eran tan graves y tan numero-

sos, que el profesor Gosselin se decidió á no recibir más ninguno en su servicio. Poco después los erisipelatosos llegaron á ser raros. Hé aquí por que nosotros tambien pensamos que la antisepsia y el aislamiento han garantido esta vez más nuestro hospital. El solo, en efecto, permaneció indemne.

En el curso de este estudio hemos dicho que al lado de los erisipelatosos de la VI division, existian llagas, escaras. El cuidado de estas heridas dejaba un poco que desear. A pesar de esto, los heridos no tuvieron complicaciones. No podemos hacer sino hipótesis sobre este punto. Sin duda el «locus minoris resistentiæ», del que hemos hablado, no existia para esos enfermos, no estaban en las condiciones deseadas.

Pero lo que nosotros pensamos tambien, es que el microbio patógeno no era complejo y no podia engendrar la erisipela compleja. Se necesitaban elementos infecciosos de la erisipela traumática para producir una afeccion semejante. Felizmente, lo repito, no estábamos en presencia de esta formidable complicacion:

Psiquiatría, neuropatología

Puesto que entre los enfermos que forman el tema de este estudio, habia algunos dementes, creemos que al terminar es necesario, para ser completos, examinar si hemos observado algunas relaciones entre la erisipela y la locura. Para esto, nos vemos forzados á entrar un poco en los dominios de la psiquiatria y dar un resúmen tan sucinto como sea posible sobre lo que se encuentra en la literatura de las enfermedades mentales á propósito de las relaciones de la erisipela y de la locura.

Cuanto á la erisipela como causa determinante de la locura no nos ocuparemos en este trabajo, porque entre nuestros enfermos no se ha observado ningun caso.

P. Meyran («Ann. med. psych.» 1847, tomo 10, pág. 460) interno del asilo de Marsella, ha referido un caso de delirio maniaco sucedido á consecuencia de una erisipela de la cara, curado bajo la influencia de otra erisipela de la misma region. Esta observacion puede servir para dar mas confianza y para ser mas atrevidos en la medicacion revulsiva cutáneas, nos dice Meyran.

Baillarger ha llamado la atencion sobre las cefalalgias en un trabajo titulado: «Influencia de la erisipela de la cara y del cuero cabelludo sobre la produccion de la parálisis general» (Ann. med. psych.», 1849, tomo I, série II, pág. 477.) Hace entrar como etiologia la erisipela; esta afeccion produce congestion, cefalalgias. Cita tres observaciones; en la primera hubo cinco erisipelas, el enfermo estaba predispuesto á las congestiones; el segundo enfermo tuvo á consecuencia de la erisipela cefalalgias, estaba predispuesto á la locura; el tercero cometia excesos en las bebidas, que son causa de parálisis general dice Baillarger.

En el repertorio de observaciones inéditas (Ann. med. psych.» 1860, tomo 6, III série, pág. 495) el doctor Rousseau, médico del asilo de Auxerre, refirió una mania juzgada por una afeccion substituiva y que no es sino una erisipela. Se trata de un militar Ch., de 24 años de edad, que curó completamente.

Una melancolía grave, nos dice el doctor Verga («Ann. med. psych.», 1866, tomo 8, IV série, pág. 144.) fué curada por una erisipela del cuero cabelludo. No es el primer hecho de este género, nos dice este autor. En fin, y terminamos aquí nuestras citas, el doctor Zenker («Ann. med. psych.» 1878, tomo 20, V série, pág. 129) en Leubus ha observado sobre cuarenta mujeres cuatro casos de erisipela. Dos han muerto; encontró bacterios.

Ved poco mas ó menos lo que tenemos que mencionar. Veamos ahora si nuestros hechos han presentado alguna analogia.

Podemos asegurar que la erisipela no ha producido ningun cambio en el estado mental de todos nuestros enfermos. Entre los pacientes, que no eran dementes, esta afeccion no ha provocado sino muy poco delirio durante el período agudo de la enfermedad; todo desapareció con la curacion, la inteligencia recobró toda su lucidez. En la observacion 8 la muerte sobrevino á un demente; debemos preguntarnos si es la erisipela la que ha complicado las cosas ó bien si hubo en eso una simple coincidencia. Nos es imposible resolver el problema. No sucede lo mismo con el enfermo que sucumbió á causa de una erisipela gangrenosa hemifacial; pero ese enfermo no

pertenece á nuestras primera epidemia y por consiguiente no podemos hacerlo figurar en nuestro cuadro, tanto más cuanto que presentó un estado bastante complejo.

De todo esto puede deducirse, que una vez más la influencia de la erisipela sobre las enfermedades mentales no está probada. Esta enfermedad trata lo mismo á los dementes como á las personas cuerdas. Esta afeccion entra en resumidas cuentas en el cuadro de otras afecciones incidentales sobre las que nos hemos esforzado en llamar la atencion en otros trabajos (1).

El método de Brandt en la fiebre tifoidea

Por el Dr. **Eliseo V. Segura**

Médico interno de la Casa de Aislamiento

Mucho se ha discutido sobre la utilidad de este tratamiento, llegando algunos autores á considerarlo hasta peligroso, en tanto que otros le dan una gran importancia y lo aplican casi constantemente á sus enfêrmos; pero no nos detendremos en la consideracion de estas discusiones, ni en las razones que unos y otros exponen en su favor, para ocuparnos únicamente de los resultados prácticos que su aplicacion ha dado entre nosotros.

El método de Brandt no es un tratamiento nuevo, pues sus primeros ensayos fueron hechos en 1861; pero como su adopcion es reciente y su aplicacion poco comun, cree-

(1) **A** — Concurso para el premio Esquirol. Enero 1886, Sociedad Médico-Psicológica de Paris; comision: doctores: Baillager, Foville, Blanche, Metivie, Marcial Briand.) (Memorias de la Soc. Med. Psych. año 1886).

B — Remisions en la parálisis general; tésis de Paris, 1º Julio de 1886.

C — Relacion de dos epidemias de viruelas observadas entre los dementes—comunicacion hecha á la Sociedad de Medicina de París en su sesion del 24 de Julio de 1886. (Memorias de la Sociedad Médica de París, año 1886).

D — La erisipela y su contagio—comunicacion hecha á la Sociedad de Medicina de Paris en su sesion del 26 de Febrero de 1887—(Memorias de la Sociedad de Medicina de Paris, 1887.)

mos pueda tener alguna utilidad la publicacion de estos datos, que con él se relacion.

Es en la Casa de Aislamiento donde exclusivamente se asisten hoy los enfermos de fiebre tifoidea, presentándose por lo tanto una buena oportunidad para la aplicacion de cualquier método de tratamiento. El doctor Penna Director en este hospital, no satisfecho con los resultados, de la antigua indicacion y encontrando muy racional el método de Brandt, como tambien, animado por ese espíritu de experimentarlo todo, lo instituyó como tratamiento casi exclusivo, estando ahora plenamente satisfecho porque sus esperanzas en nada han sido defraudadas, puesto que diariamente se palpan los beneficios de este tratamiento, como lo prueba la mortalidad infinitamente menor que en tiempo en que él no estaba adoptado, y esto, á pesar de haber tenido que luchar con inconvenientes poderosos, siendo el primero de entre ellos el período demasiado avanzado de la enfermedad en que ha tenido muchas veces que empezarse el tratamiento.

La mayor parte, por no decir la totalidad de los enfermos de fiebre tifoidea, que á este hospital se remiten, vienen cuando la enfermedad está confirmada, lo que no sucede generalmente antes del fin del primer septenario ó principio del segundo, habiendo tambien muchos que llegan aun más tarde, y como está probado que la eficacia de este tratamiento está en razon directa de la prontitud con que se le aplica, tenemos en esto un elemento poderoso en contra de los buenos resultados; mas, á pesar de todo, la estadística que aunque no muy numerosa, pero sí lo bastante para poder formar juicio, nos permite augurar al método de Brandt brillantes resultados.

No hay seguramente elementos de juicio más exactos para juzgar de la benignidad ó malignidad de un tratamiento, que la estadística, á condicion de ser ésta prolija y verídicamente formada; es ella la directamente encargada de decidirlo, confirmando unos y rechazando otros, y es por esto que vemos tan á menudo, que muchos tratamientos son publicados quizá en un momento de entusiasmo de sus autores, anunciándolos como dotados de una eficacia absoluta, que por no haber esperado que la práctica ponga su sello verdaderamente infalible, basta la

más ligera observacion, su aplicacion en unos cuantos casos, para descubrir su inutilidad cuando no los perjuicios que ellos ocasionan.

Por los resultados que en este hospital ha dado, creemos que indudablemente es el método de Brandt el mejor tratamiento que puede emplearse por hoy para combatir la fiebre tifoidea, y en la aplicacion que diariamente hacemos no hemos sufrido aún ninguna decepcion, porque si bien es cierto que algunos enfermos se han perdido, ha sido ello debido á haber entrado éstos en un periodo demasiado avanzado de la enfermedad y trayendo consigo algunas de las complicaciones que más agravan el pronóstico, como afecciones cardíacas, etc., pero en todos aquellos que el tratamiento se ha instituido oportunamente no hemos tenido ni una sola defuncion.

Y no es solamente mejorar el pronóstico la ventaja de este tratamiento, sino que como dice su autor, hace la convalecencia más corta y por lo tanto disminuye la duracion total de la enfermedad, como asimismo la demacracion de los enfermos es mucho menor, lo que es lógico, pues con el doble objeto de este método, enfriar y alimentar, la temperatura nunca es muy elevada, aminorando así una de las principales fuentes de desgaste orgánico, y como la alimentacion se hace regularmente durante toda la enfermedad, pueden de esta manera neutralizarse un tanto las pérdidas del organismo.

La aplicacion del método de Brandt se hace en la Casa de Aislamiento, siguiendo con la mayor exactitud las indicaciones de su autor, las que descritas á grandes rasgos son estas:

Colocar una bañadera cerca del lecho del enfermo, para que su acceso al baño no sea difícil, porque el conducirlos á distancia puede tener sus inconvenientes; tomar con regularidad y cada tres horas, la temperatura neta á los enfermos, y siempre que ésta sea igual ó mayor de 39º, administrar un baño á 20º y de diez á quince minutos de duracion, segun las necesidades de cada caso. Debe procurarse que la bañadera esté suficientemente llena, para que la inmersion del enfermo sea completa. La cabeza y parte de la frente, se cubren con una compresa moja-

da en agua á menor temperatura que la del baño, para que la impresion no sea muy violenta.

Durante el baño se harán afusiones frias en la cabeza y en el pecho, al mismo tiempo que un ayudante friccionará con las manos el tórax y los miembros inferiores del enfermo, al que se le hará beber un poco de agua fria, y si antes del baño presentase tendencia á lipotimias ó síncopes, se le administrará una bebida alcohólica.

Llega un momento durante el baño, en que el enfermo no defiende más su fiebre, experimentando un intenso escalofrio, el cual indica la terminacion de aquel en los casos ordinarios, pero en casos especiales, cuando la hipertermia es considerable, puede prolongársele un poco más, para aumentar sus efectos.

Terminado el baño, se saca rápidamente al individuo y se le conduce á su lecho, en donde permanecerá ligeramente abrigado sobre las extremidades posteriores, las que deberán ser calentadas; pasada media hora, se toma la temperatura para apreciar el efecto del tratamiento y se alimenta al enfermo, dejándolo despues en completo reposo.

En esta forma más ó menos, se continúa el tratamiento mientras no se advierta alguna contraindicacion, las que afortunadamente hemos observado pocas veces, sobre todo aquellas que impiden en absoluto la aplicacion del método, presentándose más bien alguna complicacion, como enterorragias, que tan solo lo impiden temporalmente, pues en cuanto éstas desaparecen, se continúa aquél hasta la completa curacion del enfermo.

La alimentacion es otra de las indicaciones principales de este tratamiento, la que debe hacerse con regularidad en todos los periodos de la enfermedad, á condicion de ser al principio y mientras la fiebre no decline muy sencilla, consistiendo únicamente en líquidos, para ser aumentados gradualmente á medida que el enfermo mejora.

Juntamente con esto se hace el tratamiento sintomático indicado en cada caso, habiendo observado como com-

plicacion más frecuente, las enterorragias las que por otra parte, han curado muy bien con las inyecciones hipodérmicas de ergotina y cafeina, administradas simultáneamente.

Buenos Aires, Febrero 19 de 1894.

De la amputacion alta en el alargamiento hipertrófico del cuello del útero

Caso observado en la Clínica Ginecológica y Obstétrica del hospital San Roque

Por **Roberto S. Kolbe**

Interno del servicio

Entre las afecciones ginecólogicas que se presentan con bastante frecuencia á la observacion del especialista, figuran los alargamientos hipertróficos del cuello, y sin embargo la patogenia de esta enfermedad y su tratamiento me parecen bastante poco conocidos para motivar algunas consideraciones á este respecto, nacidas del estudio del caso de que voy á ocuparme, y de varios otros, seguidos con atencion en el servicio del doctor Alfredo Lagarde. Es mas: los autores didácticos no prestan generalmente á esta cuestion un desarrollo bastante extenso y suficientemente claro; y esta es una razon mas para insistir sobre esta afeccion y discutir el método mas racional de tratamiento, poniendo á contribucion las ideas y teorias que hemos oido emitir varias veces á nuestro jefe de servicio.

Para darse bien cuenta del punto, conviene distinguir, como lo hace Schroeder, tres porciones ó segmentos en el cuello del útero, limitadas por líneas horizontales desde sus puntos de partida correspondientes.

La primera está comprendida entre el orificio interno y el punto de insercion del fondo de saco posterior, que como es sabido, se halla situado mas arriba que el fondo de saco anterior y la llamamos *porcion supra-vaginal del cuello.*

La segunda porcion se encuentra limitada en la parte posterior por el fondo de saco posterior y hácia adelante por el fondo de saco vaginal anterior. A ésta la llamamos *porcion media ó porcion vaginal del cuello.*

La tercera abraza toda la porcion del cuello situada por debajo de ésta y corresponde bastante bien á lo que entre nosotros se designa bajo el nombre de hocico de tenca. Es la que llamaremos *porcion infravaginal del cuello.*

Esta division tiene su importancia, mas aun en el estado patológico que en el estado fisiológico del órgano, porque no solo sirve para demostrar la importancia y el desarrollo de la lesion (nos referimos siempre á los alargamientos hipertróficos del cuello), sino tambien para el tratamiento, como espero demostrarlo.

La hipertrofia infravaginal del cuello protopática y ajena al desarrollo de tumores, es en suma bastante rara y se la suele observar como una complicacion de la preñez, segun hemos tenido últimamente ocasion de ver en un caso de la Maternidad del Hospital San Roque.

El alargamiento hipertrófico de la porcion media del cuello es de una observacion mas comun y es por lo demás frecuentemente el grado que precede al alargamiento hipertrófico de la porcion supravaginal, que se añade á él, lo complica y constituye, reunido á éste, el grado, por decirlo así, mas exagerado de la lesion que tenemos en vista.

No pretendemos en este artículo estudiar todas las causas productoras de la enfermedad. Queremos limitarnos á la que con la mayor frecuencia y en la inmensa mayoria de los casos la produce y la que interviene tambien como factor etiológico en la observacion que referimos luego.

Esta causa no es otra que la falta de sostén perineal, que favorece la relajacion de las paredes vaginales, que se hallan por sí solas propensas á un descenso por el trabajo de hipertrofia, que como en el útero mismo determina en ellas la preñez y que consecutivamente produce una traccion sobre el cuello del útero, insertado á dichas paredes.

La falta de sostén perineal es generalmente causada por el parto en caso de desgarraduras del periné. Si ella no se corrige convenientemente por medio de la perineorrafia, las

paredes vaginales muy hipertrofiadas, más cortas (1) despues del parto forman repliegues mucosos, que al descender ejercen traccion sobre las paredes mismas de la vagina, las cuales, especialmente la anterior, favorecida por la gravedad tiende á hacer hernia al través de la abertura vulvar desgarrada. Este descenso vaginal se comunica de trecho en trecho de abajo hacia arriba.

La pared vaginal anterior, que, como hemos dicho, tiende á prolapsarse primero, tiene por su disposicion anatómica, sirviendo de suelo á la vejiga, conexion muy íntima con ésta.

Un cistocele aparece pronto y la cantidad de orina que se aloja en este divertículo vesical contribuye, segun el doctor Lagarde, á aumentar la traccion ejercida sobre la porcion de la pared vaginal situada por arriba. Es posible que este elemento contribuya á explicar la mayor frecuencia y rapidez de los prolapsos de la pared anterior y consecutivamente la hipertrofia de la porcion media del cuello sobre la cual la pared vaginal ejerce directamente la traccion. En efecto, en este movimiento de descenso gradual de la pared vaginal llega un momento en que, desaparecido el fondo de saco anterior, que parece continuarse entonces inmediatamente con el hocico de tenca, la pared vaginal ejerce traccion sobre el tejido del cuello uterino inmediato á su punto de fijacion y desde este momento la parte cervical correspondiente se halla solicitada por dos fuerzas, que obran en sentido contrario. La primera es la *potencia*, representada por la pared vaginal en prolapso y el cistocele, la segunda es la *resistencia* y se halla representada por ligamentos uterinos y el tejido celular, que envuelve el útero y que tienden á mantenerlo fijo en posicion. Si esta última fuerza de *resistencia* cede, el útero cae y queda constituido el verdadero prolapso uterino. Si resiste, se establece á este nivel un trabajo de hipernutricion

---

(1) El doctor Lagarde, fundándose en la traccion hácia arriba por el útero en estado de replecion, considera, que la vagina tiene entonces una longitud más considerable que la que tendrá inmediatamente despues del parto, en que dicha traccion desaparece. Ahora bien, segun él, la vagina, que por la proliferacion hipertrófica é hiperplásica de sus elementos no tiene ya la misma superficie, forma repliegues mucosos más ó menos considerables, los cuales ayudados por la laxitud de la submucosa algo infiltrada y edematosa tiende á salir hácia el orificio vulvar, cuando éste carece de la resistencia y de las dimensiones debidas

determinando una hipertrofia y queda así constituido el alargamiento hipertrófico del cuello. Este trabajo puede extenderse á la porcion supravaginal y determinar así y á la vez secundariamente, un alargamiento supravaginal del cuello. Pero consideramos, que lo más comunmente el alargamiento de la porcion supravaginal se verifica más bien por el procedimiento siguiente: Una vez que la pared vaginal anterior está prolapsada y por consiguiente el orificio vulvar está más entreabierto, se hace más inminente la produccion del prolapso de la pared vaginal posterior, el cual por otra parte puede ser conjunto con el primero y aun precederlo, segun lo hemos observado varias veces en la clinica. De cualquier manera, el descenso de la pared vaginal posterior va siendo paulatino, como lo hemos explicado para la pared anterior, sin que sin embargo por este lado el recto desempeñe el mismo rol que la vejiga, porque es mucho más laxo el tejido celular, que lo une á la pared vaginal, la cual por lo lo mismo es más independiente y puede dislocarse sin arrastrar en su descenso al intestino. Por esto es que los rectoceles son infinitamente menos frecuentes que los cistoceles.

Llegado el prolapso, al cual seguimos en cierto modo en su marcha, á la porcion superior de la vagina y desapareciendo el fondo de saco posterior, la traccion continuará ejerciéndose como en el caso anterior, inmediatamente por encima del punto de partida de la pared vaginal posterior ó sea la *porcion supravaginal del cuello;* y aquí como en el caso anterior, si los medios de suspension y fijeza del útero resisten, se producirá un trabajo hipertrófico, que determinará un *alargamiento supravaginal del cuello;* consecutivo, conjunto ó primordial al alargamiento de la porcion media segun que el prolapso de la pared anterior haya sido anterior, simultáneo ó posterior al prolapso de la pared anterior de la vagina. Que este mecanismo para la produccion del alargamiento supravaginal del cuello es más frecuente que el que citamos auteriormente, lo prueba la desaparicion del fondo de saco posterior, que se observa casi invariablemente en tal caso en la clinica y que no tendria razón de ser, si este proceso hipertrófico de la porcion supravaginal del cuello fuera simplemente el resultado de la propagacion del que se pasa en la porcion media. Esta explicacion de la producción mecánica de los alargamientos hipertróficos del

cuello ha quedado así reducida á sus términos más simples y fundamentales.

Está fuera de duda, que otros elementos pueden intervenir y coadyuvar á la produccion de esta afeccion. Los esfuerzos, especialmente la accion de levantar pesos, la replecion demasiado prolongada de la vejiga, la constipacion tenaz, la presencia de un flujo vaginal, que disminuye la tonicidad de los tejidos, las pocas precauciones de aseo, el hecho de levantarse demasiado pronto de la cama despues del parto, etc., etc., todos estos son factores, que pueden agregarse á los señalados y secundarlos más ó menos poderosamente en su accion.

No queremos insistir más por esta vez en la patogenia de los alargamientos hipertróficos del cuello, ni indicar cuanto más frecuente son ellos, que los verdaderos prolapsos uterinos, con los cuales se les confunde muy á menudo, punto sobre el cual llamaba la atencion el doctor Lagarde en su comunicacion á la Sociedad Médica Argentina con fecha 25 de Junio de 1892 (véase «Revista de la Sociedad Médica Argentina», tomo I, pág. 274.) Queremos simplemente sacar de las consideraciones anteriores dos conclusiones de capital importancia: la primera se refiere al diagnóstico y la segunda el tratamiento.

Por lo que se refiere al *diagnóstico* se desprende de lo dicho, que siempre que veamos á una mujer con el hocico de tenca fuera de la vulva y formando parte de un tumor más ó menos voluminoso, pudiendo adquirir á veces proporciones extraordinarias, debemos guardarnos bien de diagnosticar un prolapso; determinaremos á favor de la palpacion bimanual y del histerómetro la situacion del fondo del útero, y si éste se siente á su nivel normal, no será un prolapso sinó un alargamiento hipertrófico, que tenemos por delante.

Si hay conservacion de los dos fondos de saco, será la porcion infravaginal del cuello, que se halla hipertrofiada.

Si hay desaparicion del fondo de saco anterior con persistencia del posterior, la hipertrofia interesa la porcion media ó vaginal del cuello.

Si hay desaparicion tambien del fondo de saco posterior, la hipertrofia representa el grado más avanzado, en que la hipertrofia interesa la porcion supravaginal del cuello.

El *tratamiento* deriva tambien de la patogenia de la enfermedad. Pasaremos por alto, por ser elemental, el empleo de la perineorrafia para corregir la desgarradura del periné, las colporrafias para corregir el prolapso de las paredes vaginales anterior y posterior. No queremos ocuparnos tampoco del mejor procedimiento á usarse ni del momento oportuno para la intervencion. Queremos únicamente tomar en cuenta la clase de operacion, que debe adoptarse para el cuello uterino hipertrofiado. El tratamiento clásico y aconsejado por la gran generalidad de los autores, es la amputacion infravaginal del cuello á colgajo de Schroeder, ó bicónico de Kaltenbach, pero creemos en conformidad con lo que hemos presenciado en el servicio, que si esta intervencion es perfectamente racional en las hipertrofias de la porcion inferior y aun si se quiere media del cuello, no lo es ya en los alargamientos hipertróficos de la porcion supravaginal, que es la que queda por esos medios fuera del alcance del cuchillo, sin que el proceso de atrofia consecutiva baste para legitimar esta operacion.

De esta manera es siempre demasiado reducida la amputacion infravaginal del cuello y se hace indispensable la amputacion alta, prévio desprendimiento de los fondos de saco, á fin de reducir al útero á proporciones más ó menos normales.

Tal es la práctica seguida en el Hospital San Roque en los casos de esta naturaleza y que hizo conocer el jefe del servicio en la comunicacion que citamos más arriba, y tal es tambien la que con buen resultado se ha empleado en el caso que motiva este artículo.

Es en efecto más racional llevar la intervencion directamente donde reside la lesion y no dejar un útero grande y pesado, con tendencia á forzar nuevamente las paredes vaginales ó á dejar á este conducto con dimensiones demasiado cortas, puesto que el útero sujeto por sus ligamentos no puede subir más que su nivel normal y que son más que problemáticos los resultados obtenidos por la desviacion del útero hácia adelante ó hácia atrás. Esto es lo que ha in-

dicado de una manera muy clara el doctor Lagarde en el artículo citado con las siguientes palabras:

«Se ha dicho tambien que una vez que el útero era reducido por medio de las operaciones plásticas ya citadas, no importaba que estuviera hipertrofiado, pues se colocaba en anteversion ó retroversion, á semejanza de lo que sucede cuando se aplica un pesario en las mismas condiciones. (Ténganse en cuenta, que me refiero siempre á los alargamientos hipertróficos del cuello y no á los verdaderos prolapsos ó caidas de la matriz y que por lo tanto, los ligamentos y medios de sustentacion que han impedido bajar el cuerpo del útero á pesar de la traccion ejercida por el aumento de peso del órgano y por la vagina en prolapso son los mismos que se oponen á su elevacion en la cavidad abdominal por arriba de su nivel normal.) A esta argumentacion que es mas especiosa que real, hay que oponer la siguiente consideracion. El útero es un órgano cuya situacion es dependiente de la de los órganos vecinos; sufre un movimiento de descenso por la presion de las vísceras abdominales en el acto de la inspiracion y sobre todo oscila de delante á atrás segun el estado de vacuidad ó replecion del recto y de la vejiga.

Mientras el útero es movible y puede seguir libremente estas oscilaciones, la situacion que ocupa cualquiera que ella sea no es patológica y no conozco error más deplorable y sin embargo frecuente, que el que consiste en intervenir apenas se comprueba por el tacto en el primer exámen, que el útero no forma con el eje del cuerpo el ángulo de 45º que se ha dado en llamar la direccion normal. Puede ocurrir entonces que el pesario que se aplique para prevenir una pretendida desviacion, desarrolle una perimetritis, la cual fije el útero, lo inmovilice y produzca recien entonces la dislocacion que se queria corregir. Se ve, pues, por las consideraciones enunciadas, cuán errónea es esta manera de ver las cosas y se comprende porque en estos casos la práctica demuestra que no se produce tal acomodacion del útero.»

No insistiremos despues de lo expuesto sobre lo poco lógico de hacer en estos casos la histeropexia abdominal como lo hemos oído aconsejar á veces. Si el fondo del útero se encuentra á su nivel normal, ¿por qué se le ha de llevar y

fijar anormalmente á las paredes del vientre? La lesion se halla situada más abajo y es por esta via, que se la debe atacar.

Todas estas conclusiones se deducen sin dificultad, cuando se encaran con exactitud, la etiologia y la patogenia de los alargamientos hipertróficos del cuello. Es por desconocer estos elementos importantes del juicio, que se debe formar en presencia de estas enfermas, que vemos diariamente preconizar tratamientos insensatos, que no hacen sino agravar su estado y arrojar el desprestigio sobre las intervenciones quirúrgicas.

Pasamos ahora á relatar brevemente la historia del caso.

Juana V...., 40 años, argentina, cocinera, viuda, entró á la sala XII del Hospital San Roque el 28 de Septiembre de 1893, ocupando primero la cama 16 y luego la 18.

Antecedentes de familia.—El padre murió hace mucho, la madre vive todavia, los hermanos gozan de buena salud.

Antecedentes individuales.—A la edad de tres años tuvo viruela, á los 12 sarampion. Regló á los 16 años, la menstruacion era siempre muy irregular y abundante. Una vez á consecuencia de una metrorragia grave guardó cama durante veinte dias. Teniendo 19 años se casó; el primer hijo nació un año despues con embarazo y parto normales. Al tercer dia del alumbramiento necesariamente obligada á levantarse para asistir á una enferma, trasladándola en brazos, tuvo bien pronto dolor al bajovientre y sensacion de descenso de un cuerpo. Sin embargo el dolor desapareció y la paciente se dedicó nuevamente á sus quehaceres domésticos. El segundo hijo, cuyo parto era mucho más laborioso que el del primero, nació al año. La enferma se explica esta dificultad por el descenso de la matriz. Pasaron 7 años en los cuales hubo menorragias, parte de la matriz bajó fuera de la vulva en los grandes esfuerzos, pero se redujo fácilmente. Es entonces que dió á luz un niño en un parto menos laborioso que el segundo. Este niño era de constitucion pobre, el más pequeño de los tres. Los tres partos se hicieron sin asistencia médica, por lo demás, difícil de obtener lejos en el campo. A la edad de 29 ½ años quedó viuda; la necesidad de sostener á sus tres hijos la obligó ahora á una labor exagerada. Las meno-

rragias disminuyeron paulatinamente y alternativamente la menstruacion era casi fisiológica. El útero que antes del tercer embarazo permaneció detrás del orificio vulvar, saliendo solo en los grandes esfuerzos, se colocó poco á poco más fuera de la vulva, produciendo eritemas y eczemas de la region genital, mejorados por el empleo de un vendaje apropiado. En el mes de Agosto de 1892 tuvo fiebre tifoidea, de la cual sanó bien; en cambio se hizo notar un dolor insoportable en las fosas iliacas, sensacion de peso y traccion en el bajovientre, dolor constante y de traccion en la region lumbar «como si se le agujerease los huesos de atrás». Entró entonces en el Hospital Rivadavia, donde permaneció nueve meses, tratada con inyecciones vaginales, dos cáusticos y tintura de iodo en las regiones hipogástrica é iliacas. Las constipaciones tenaces fueron combatidas con lavativas y purgantes.

Sin una mejoria apreciable salió del hospital, y se ocupó como cocinera durante un año. La constipacion tenaz, de la cual ya habia sufrido en el hospital, persistió, pasándose muy á menudo ocho y á veces hasta quince dias sin defecacion, obedeciendo entonces difícil é incompletamente á lavativas abundantes. Tres meses antes de su ingreso al Hospital San Roque, siendo la constipacion siempre mas pronunciada, los purgantes no tuvieron éxito digno de mencion y refiere la enferma con absoluta seguridad, que desde hacen dos meses no defecaba más. La falta de apetito, la digestion dificultada, el gran dolor al vientre y á la cabeza, la disnea, la imposibilitaron para el trabajo y la obligaron á entrar el 28 de Setiembre de 1893 al Hospital San Roque.

Estado actual, el dia de entrada.—Mujer de mediana estatura, morena, paniculo adiposo escaso, aparatos nervioso y uropoético normales; aparato respiratorio: disnea. Aparato circulatorio: corazon primer tiempo, soplo y desdoblamiento del segundo tono en la punta; los tonos en los otros focos apagados, pero nada anormales; pulso frecuente, pequeño, igual, irregular, de poca tension. Aparato digestivo: lengua seca, saburral, anorexia, sed, dispepsia, erutos frecuentes y fétidos, abdómen muy abovedado, timpánico á la percusion; hay notable separacion de los rectos anteriores en la linea media. El timpanismo existe solo en las regiones por encima de la horizontal, que pasa por el ombligo, la sonoridad disminuye y

se hace mate completa en las fosas ilíacas y region hipogástrica. A la palpacion, muy dificultada por la sensibilidad exagerada, se encuentra un cuerpo de consistencia dura, sin abolladuras, sin límites netos, no móvil en los actos respiratorios, doloroso á la presion, ocupando completamente las fosas ilíacas izquierda, el hipogástrio y la mayor parte de la fosa ilíaca derecha.

Órganos genitales.—Vulva muy entreabierta, anillo vulvar excesivamente flácido, desgarradura del periné; á dos centímetros por fuera de la vulva mirando hácia abajo, se encuentra el orificio externo de la matriz, dilatado, hocico de tenca hipertrofiado con tres úlceras poco extensas en el labio anterior, y ectropion de la mucosa cervical, fluye afuera un líquido filamentoso, semitransparente, descenso de las paredes vaginales anterior y posterior, mayor en los esfuerzos de tos, cistocele, comprobado despues de la evacuacion de la orina con la sonda de hombre por la introduccion de su vértice hácia adelante, desaparicion del fondo de saco anterior y en parte del posterior. La parte del útero prolapsada se reduce relativamente bien por la flexion del hocico de tenca hácia atrás y arriba; fondo del útero no se puede comprobar, la histerometria da catorce centímetros, ella es indolora, los anexos no se alcanzan.

Tacto rectal.—Esfinter muy resistente, el dedo produce dolor, la ampolla rectal casi libre, la yema del dedo toca un cuerpo duro, no movible con superficie algo irregular.

Diagnóstico.—Bolo fecal al nivel de la S ilíaca, alargamiento hipertrófico de la porcion vaginal y supravaginal del cuello del útero, prolapso de las paredes anterior y posterior de la vagina, cistocele, desgarradura del periné.

Tratamiento.—Primero evacuacion del tumor fecal (motivo de la entrada al hospital) y luego amputacion alta del cuello del útero con colporrafia anterior y perineorrafia.

La intervencion era urgente, encontrándose la enferma en un estado físico y moral tan deprimido, agitada por una disnea, sed, cefalalgia, cólicos, etc., que se comulgó esperando de un momento á otro la muerte.

Para la evacuacion del bolo procedimos de la manera siguiente: Colocada la mujer en el sillon ginecológico de Veit, haciendo levantar y reprimir la parte del cuello prolapsada, inyectamos en la ampolla del recto próximamente 300 gramos

de aceite de sésamo tibio. Al cabo de un rato éste fué casi en su totalidad expulsado Entonces introducimos un espéculum rectal y una sonda estomacal dura paulatinamente á una profundidad de unos 25 á 30 centímetros é inyectamos por medio de un irrigador á 2 1/2 metros de altura, 2 litros de una solucion de cloruro de sódio al 5 % y glicerina al 2 % bien caliente, retiramos el espéculum, y ayudado por la mano izquierda colocada sobre el abdómen y los dos dedos índice y medio de la mano derecha en el recto, tratamos de romper el tumor, reblandecido un poco por las inyecciones prévias. Cólicos intestinales sobrevenidos facilitan la eliminacion, que con inyecciones calientes repetidas, cuyo total no baja de 12 litros, nos permiten sacar masas fecales duras, desmenuzadas por medio de una cucharita. Peso de la masa expulsada cerca de 2 1/2 kilos; se encuentran en ella abundantes semillas de higo. Por fin se hace un enema con una solucion de ácido bórico al 4 % y se deja reposar á la enferma ya muy extenuada; lo restante del bolo queda para otra sesion, si acaso las lavativas con aceite y agua jabonosa abundantes no dieran resultado. La enferma pasa bien la noche, tiene varias deposiciones copiosas, la disnea desaparece, el vientre se ablanda, es sin embargo bastante doloroso. Las lavativas no dan el resultado deseado; por consiguiente se hace al cabo de ocho dias el mismo tratamiento, ahora con éxito completo. Luego se administra un laxante de aceite de castor y naftol en sellos para la desinfeccion intestinal.

Curada la paciente del bolo fecal, desea ser librada de su afeccion genital. Se hace un exámen detenido como complemento del primero. El fondo del útero es ahora palpable y se encuentra por encima de la sínfisis; los otros datos se confirman. El doctor Lagarde resuelve en presencia de este caso la intervencion de la amputacion alta del cuello, método de Kaltenbach en la primera sesion y luego la colporrafia anterior y la perineorrafia en la segunda. A la amputacion alta se procede el 10 de Noviembre bajo anestesia clorofórmica, dirigiendo la anestesia á pedido especial del jefe del servicio por tratarse como hemos dicho de una lesion cardiaca manifiesta con laudable amabilidad nuestro distinguido amigo doctor Gregorio Araoz Alfaro. La anestesia no dió lugar á alarmas, el ritmo del corazon y del pulso se regularizó bajo el anestésico.

El procedimiento empleado en el *primer tiempo* de la operacion ó sea la *amputacion alta*, no se aparta sensiblemente del que ha sido preconizado por *Kaltenbach*. Nos limitaremos á indicar la ventaja de la ligadura elástica, que bien colocada permite operar de una manera exangüe é insistiremos únicamente en la precaucion de hacer una buena ligadura de las uterinas y una sutura segura de la base de los ligamentos anchos hasta el nivel del punto en que se ha de llevar la seccion.

Consecuencias operatorias.—La temperatura sube á la noche del dia de la operacion á 37,6; no hay hemorragia. Al dia siguiente se saca el tapon útero-vaginal y se hace una inyeccion antiséptica intrauterina. Taponamiento vaginal y lavajes antisépticos dia por medio. Algunos hilos se sacan el 21 de Noviembre. La herida tiene buen aspecto, dos hilos muy tirantes habian cortado el lábio; las suturas restantes se sacan el 27. Inyecciones vaginales calientes completan la cicatrizacion.

El segundo tiempo operatorio, ó sea la intervencion del 26 de Diciembre, consistió en una *ámplia colporrafia anterior* completada por la *seccion cónica del cuello*, como la preconiza *Hofmeyer* y que por nuestra parte, fundados en lo que hemos visto, recomendamos calurosamente, pues contribuye á disminuir el espesor del cuello, siempre hipertrofiado en estos casos.

Como *perineorrafia* se empleó el *procedimiento de Lawson Tait*, llevando la diseccion del tabique recto-vaginal sumamente arriba para reforzar considerablemente el periné y estrechar la pared posterior de la vagina. No me detengo en el manual operatorio, que se halla descrito en los autores clásicos.

Consecuencias de la operacion.—Completamente satisfactorias. La perineorrafia cura *per primam*, la colporrafia por falta de un catgut blando reabsorbible, que irrita la herida, la cual se separa en su centro próximamente medio centímetro, cura despues de la eleminacion del catgut bien *per secundam*. La curacion no es de la rapidez deseada, por haberse producido por un cateterismo poco prolijo en la guardia una cistitis intensa, que cede luego á los lavajes vesicales con ácido bórico y sellos de esencia de sándalo (10 gotas por dósis en polvo de regaliz, tres al dia) y luego Salol 3 gramos diarios.

Hoy la enferma se encuentra completamente curada con un estado general espléndido.

En cuanto á la etiologia y patogenia del alargamiento hipertrófico en este caso especial, la historia confirma las ideas y teorias expuestas. El punto de partida era el primer parto hacen ahora 20 años. La mujer *primipara* parió sin asistencia facultativa del médico ó de la partera, se levantó el tercer dia para trasladar en brazos á una persona enferma. Dado que las roturas del periné son muy frecuentes en las primiparas y naturalmente mas, cuando los partos se hacen sin precauciones, es casi seguro que aquí se trató de una desgarradura considerable, coadyuvada luego en sus consecuencias por el trabajo forzado al tercer dia del alumbramiento. El segundo parto, que fisiológicamente debió ser mas fácil que el primero, lo tiene nuestra enferma mas laborioso, explicado por ella misma por el descenso de la matriz. En cambio, el tercer parto, que se efectúa siete años mas tarde, época en la cual indiscutiblemente la lesion ha sido mayor, el trabajo es menos laborioso que en el segundo, pero tambien el feto es de constitucion pobre, el mas pequeño de los tres. Si los datos de la mujer son exactos, solo así puedo explicarme este hecho: un caso semejante con resistencia ósea por vicio de conformacion de la pelvis no era distócico en una mujer de la Maternidad de San Roque, porque aquí el feto era sumamente pequeño.

Contribuyó en el desarrollo de la enfermedad mucho la labor exagerada, la disminucion de la tonicidad muscular, etc., despues de una enfermedad grave como la fiebre tifóidea con una convalecencia larga, pues mientras entonces vemos entrar á la enferma al Hospital Rivadavia con los síntomas de la enfermedad genital, un año mas tarde con un estado general pasable la encontramos en el Hospital San Roque pidiendo auxilio médico por el bolo fecal y solo secundariamente por la afeccion genital.

No concluiremos este trabajo sin aprobar lo que dice el eminente partero y ginecólogo *Zweifel* en su obra *Vorlesungen über Klinische Gynaekologie*, á propósito de la necesidad absoluta de las perineorrafias como profilaxia de tantas en-

fermedades de mujeres, que muchísimas veces no buscan la asistencia médica competente, influenciadas por las parteras, que con ironia llama *Weise Frauen* «mujeres sabias» (traduccion literal del francés, que en el idioma aleman no se usa) y luego por los *hombres sabios*, los curanderos, influencia tanto mas explícita, desde que las afecciones consecutivas molestas son á vec s muy tardias.

Se halla fundada en esta experiencia clínica la práctica implantada por el jefe de la Maternidad de San Roque, de proceder inmediatamente despues del parto á la sutura de todo periné, cuya desgarradura sea mayor de 3 centímetros.

Con esto termino el punto que he tenido principalmente en vista en este artículo. Quiero sin embargo entrar en algunos detalles sobre un epifenómeno, que ha presentado la enferma ó sea el bolo fecal de que se ha hecho mencion.

Es indiscutible, como lo dice muy bien el doctor Milone en los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO en el número del mes de Agosto de 1893, que los bolos fecales son bastante frecuentes entre nosotros y merecen una atencion especial. He seguido de cerca en los dos años de internado de San Roque, siete casos de bolo fecal enormes, dos pertenecientes á mi servicio y cuatro á otros. Un enfermo murió antes del tratamiento, otro quince dias despues de la aplicacion de la cureta por el doctor Milone á consecuencia de perforacion intestinal espontánea al defecar; otro murió á consecuencia del «shok» traumático despues de la introduccion de la mano en el intestino, una mujer tratada con éxito por el doctor Milone por la cureta y tres con éxito por el método arriba descrito. A pesar que no haya visto todavia un caso con aplicacion del «coprolitotritor», creo que en los casos donde el tumor fecal no es alcanzable por la via anal con el dedo ó la cuchara, el aparato premiado debe prestar importantes servicios. La lesion del intestino con aplicacion suave y prudente se puede evitar y en lo que se refiere á las flexuosidades del intestino, éstas tienen menor importancia, desde que el bolo estira paulatimente el mesocolon y mesorecto á tal punto, que se diagnóstica frecuentemente bolo fecal del colon transverso y ascendente, mientras que en realidad existe una desviacion del colon descendente, como lo hemos comprobado una vez en la autopsia. El empleo de la sonda estomacal dura en decúbito lateral conveniente permite pasar alrededor del tumor fecal y disten-

der al intestino primero por encima de él y luego mas abajo de manera, que el tumor flota á veces en el liquido. Deshaciendo ahora ayudado por la mano sobre el abdómen y el dedo ó la cuchara con mango resistente cualquiera (la cureta del doctor Milone no me parece indispensable) el tumor, las inyecciones calientes abundantes despiertan el movimiento peristáltico del intestino y facilitan la expulsion de una manera eficaz.

El empleo de la sonda estomacal dura adaptada á un irrigador se prestará tambien para el tratamiento directo de las afecciones del colon, no teniendo casi accion las lavativas comunes, cuando se trata de una disminucion notable del calibre intestinal como pasa por ejemplo en la disenteria.

HOSPITAL RAWSON

GINECOLOGÍA OPERATORIA

SUMARIO – Caso I: Pólipo de la porcion vaginal del cuello del útero; fibroma submucoso. Enucleacion y morcellement. Curacion.
Caso II: Perimetro salpingitis quística del lado derecho. Dilatacion del cuello,—curetage y drenaje de la cavidad uterina. Cateterismo de la trompa.
Caso III: Estrechez parcial de la vagina por ulceracion sifilítica.

Por **C. Sobre Casas**
Interno del servicio.

Las operaciones cuyas historias voy á exponer, han sido practicadas recientemente y con magnífico resultado en el Hospital Rawson, por el Dr. Manuel A. Zavaleta, jefe accidental del servicio de la sala V, del mismo establecimiento.

Caso I.—Francisca B., española, viuda, de 33 años, entra al servicio en los primeros dias del mes de Setiembre de 1893.

La enferma presenta antecedentes buenos y la dolencia actual data desde principios de dicho año, época en la cual se le hizo un raspado del útero en el servicio del Dr. Llobet.

Se queja de una leucorrea abundante y persistente que la

molesta y debilita mucho, así como tambien de lijeros dolores en el vientre y caderas. Nunca ha tenido metrorragias.

Al exámen por el tacto, se nota la vagina húmeda y ocupada por un globuloso tumor del tamaño de una papa grande, pediculado é insertado en el labio anterior del cuello. El orificio del cuello sumamente dilatado permite la entrada del dedo índice y deja reconocer ocupada la cavidad uterina, así como el espesamiento considerable de las paredes del útero.

Se formula el diagnóstico de *pólipo de la porcion vaginal del cuello y fibroma submucoso del útero;* disponiéndose la operacion para el 3 de Noviembre.

Se empleó, como en todos los otros casos, la anestesia clorofórmica prévia anestesia local de las fosas nasales con la cocaina, método que estamos ensayando y que hasta aquí nos parece ventajoso.

Operacion.—Se colocó una valva en la pared inferior de la vagina y se tomó el tumor con una pinza erina,—se descendió el útero y guiándose con el dedo índice izquierdo se colocó una pinza curva al nivel de la insercion del pedículo, se hizo girar tres veces sobre su eje á la pinza y se desprendió el pólipo sin dar sangre.

Se hizo una incision bilateral de Baker Brow y con una pinza de las destinadas á este objeto, se mordió el tumor submucoso para extirparlo por morcellemet cortándolo con la tijera en trozos cuneiformes. Siendo este momento de la operacion el mas difícil, es necesario decir en honor á la verdad, que fué en él adonde desplegó mayor habilidad é inteligencia el Dr. Zavaleta.

En el fondo del útero, segun se pudo ver, empezaba á pediculizarse otro tumor, el que no fué posible seccionar, limitándose á incindir su cápsula. Se completó este momento de la operacion haciéndose un prolijo curetage de la cavidad uterina. La lijera hemorragia que se produjo, fué detenida por una inyeccion antiséptica á 50º y taponamiento con gaza yodoformada. Se creyó prudente dejar incindido el cuello, para que se hiciera bien el drenaje y la eliminacion de los detritus y colgajos que se desprendieran.

Marcha de la enfermedad.—El dia de la operacion, la enferma se encontraba con temperatura y respiracion normales y con 48 pulsaciones:—esta ligera *bradicardia* no se presentaba

con el carácter típico ni se encuadraba á la *paroximalis de Eichhorst*, ni tampoco á la recientemente descripta por Dehio; era simplemente una disminucion de pulsacion de origen reflejo quizá desde el momento que el miocardio y sistema circulatorio no presentaban alteracion alguna, ni hubo gran hemorragia. Al dia siguiente una metrorragia obliga á sacar la curacion y practicar una abundante inyeccion intrauterina á 50º y un nuevo taponamiento con gaza yodoformada. Temperatura y respiracion normales; pulso 50.

Durante los cuatro primeros dias el pulso oscilaba en 50, á pesar de los estimulantes que fueron prescriptos. Al quinto dia pudimos notar que el número de pulsaciones aumentaba, continuándose dia á dia, hasta alcanzar á 76 el octavo dia.

Para evitar la formacion de un ectropion se resolvió suturar la incision bilateral del cuello, que fué hecha á los 15 dias de la operacion con excelentes resultados. Actualmente la mujer se encuentra con su útero en sitio y tamaño normal y ningun síntoma incomoda á la enferma. Se le dá de alta el 7 de Diciembre de 1893.

Caso II.—Ema D., argentina, de 20 años, prostituta, entra al servicio el 4 de Setiembre de 1893.

Ocho dias antes de su entrada al hospital tuvo un aborto de seis meses, dolores abdominales y abundante flujo purulento.

Al exámen se nota la vagina húmeda y caliente, el cuello desgarrado y con vegetaciones papilomatosas, núcleos de perimetritis dolorosos, el cuello algo hácia arriba. Al tacto combinado se nota el útero en ligero grado de retro-lateroversion derecha, las trompas dolorosas, la del lado derecho notablemente aumentada de volúmen, la trompa izquierda dolorosa y algo dilatada. Longitud del útero 0.07 cts.

Diagnóstico.—El flujo purulento y abundante, el dolor de las trompas, la dilatacion considerable de la del lado derecho, los anamnésticos y los núcleos de perimetritis, hacian creer que se trataba simplemente de una *perimetro salpingitis quística* de orígen blenorrágico y no de un quiste del ovario ó de un quiste interligamentario del lado derecho, por cuanto este último, «es francamente lateral y no está separado del útero, sino por el intervalo que corresponde al pedículo del

quiste tubario.» No podia sospecharse un quiste del ovario en formacion, porque «los anamnésticos, la marcha de la enfermedad, la existencia de una inflamacion de las trompas y del útero», eran razones poderosas que teníamos para rechazar y evitar este error.

Tratamiento y operacion.—A fines de Octubre se instituye el tratamiento de Doléris,—dilatacion del cuello y curetage. Al hacer el cateterismo, la sonda penetra con gran extrañeza 0.14 cts., hecho que se explica por la penetracion del cateter en la trompa derecha. Practicado el curetage y hecha la curacion del caso, pudimos notar lo siguiente: desde el primer dia de la operacion se establece una verdadera piorrea que obligó á cambiar la curacion y á mas un ataque de histerismo que duró una hora. Temperatura, pulso y respiracion normales.

Dia 2º. Lo mismo que el anterior.

Dia 3º. Disminuye la piorrea y se repite con caracteres mas alarmantes, otro ataque de histerismo que dura cinco horas. Temperatura normal, pulso chico y frecuente, respiracion aumentada.

Dia 4º. Desaparece por completo la piorrea que no se presentó hasta el dia que salió del hospital. Temperatura, pulso y respiracion normales. En este estado continúa la enferma hasta el dia de su salida.

Las inyecciones de bicloruro al 1/2 por 1000 eran practicadas todos los dias, juntamente con el taponamiento de gaza yodoformada; además se le administraban los polibromuros para evitar los ataques de histerismo.

Por los exámenes detenidos que le fueron hechos se notó que los núcleos de perimetritis y la salpingitis habian disminuido, así como los dolores en la region de los ovarios. No se pudo seguir el tratamiento hasta su completa curacion, por haber pedido el alta el 12 de Noviembre, porque el Dr. Zavaleta no queria acceder al pedido diario y constante que la enferma hacia, de la extirpacion de los ovarios.

Caso III.—Ercilia D., de 33 años, italiana, casada, entra el 10 de Octubre.

Exámen.—Por el tacto se nota la vagina húmeda, estre-

chada en la parte superior y un orificio de 0.01 cts. que dá fácil salida al pus y á los menstruos. El útero apenas se palpa; no se dá cuenta de su situacion ni de los anexos. Se intenta el cateterismo sin obtener resultado.

El aspecto de la vagina que presentaba una ulceracion en la parte superior del pequeño orificio, hizo despertar la idea de que la sífilis era la causa que habia producido este adosamiento de las paredes vaginales, á pesar de que el interrogatorio, que fué muy minucioso y prolijo, no dió ningun dato que viniera á afianzar nuestra idea.

Abundantes inyecciones antisépticas se practicaban todos los dias con el fin de detener el pus y poder dilatar el pequeño orificio vaginal. Se colocan laminarias por espacio de algunos dias y con pesar se vió que éstas no daban el resultado que se pensaba; lo que determinó á operarla á fines del mes de Octubre.

Operacion.—Se colocan valvas en la pared superior é inferior y con bisturís rectos y curvos se desprenden las paredes vaginales hasta llegar al cuello del útero. Se pudo ver entonces la posicion viciosa de este órgano en completa antero-latero-version derecha; se intenta el cateterismo sin obtener resultado por estar el conducto uterino muy estrechado. Se hace un taponamiento con gaza yodoformada.

Marcha de la enfermedad.—Durante todo el tiempo que permaneció en el hospital no se presentó ningun síntoma digno de mencionarse, pudiendo la enferma levantarse á los diez dias despues de la operacion. El tratamiento específico mixto, vino á ayudar la rápida mejoria que conducia á la enferma á su completa curacion, lo cual demostró claramente de que placas de orígen sifilítico eran las que habian producido esta estrechez vaginal.

La enferma salió de alta á los veinte dias de la operacion.

Buenos Aires, Enero de 1894.

A PROPÓSITO DE LA DIFTERIA Y SU TRATAMIENTO

Por el doctor **Perez Iglesias**

Plagiando la frase de uno de nuestros clásicos contemporáneos, se podria decir: «la difteria no tiene tratamiento, porque tiene demasiados», y yo me atreveria á reformar la

frase diciendo: «la terapéutica de la difteria no existe, porque aplican todos *in anima vili*, las verdades de laboratorio.»

Y con efecto: aun no estamos perfectamente seguros del papel que juegan los microbios y sus productos de secrecion en ese terrible proceso infecto-contagioso, y es más que problemático cuanto aseguran los bacteriólogos haber observado *in vitro*, cuando se quiere aplicar al enfermo.

La cuestion interesante de medicamentos germicidas *per se* y de inhibitorios vis á vis de los gérmenes, despierta una curiosidad inmensa en la ciencia en el momento actual, y salvo que todo fuera un expediente de momento (y no seria este el primer caso que la ciencia registra), es seguro que el estudio de estos fenómenos habria de ser de gran trascendencia.

Pero, el pensador frio, el médico que sigue paso á paso los progresos de la ciencia, y tiene la clínica para comprobar, no puede sufrir la fascinacion inmediata al descubrimiento de un acto de la vida del microcosmos, ni puede tampoco prescindir de las leyes que han pasado incólumes á través de la controversia de los siglos, so pretesto que un químico ó un bacteriólogo ha sorprendido un gérmen inhibido bajo la influencia del iral, el bicloruro, etc., etc.

Yo sé bien, que ante enfermedades tan crueles como la difteria, se puede permitir hasta que el médico se engañe á sí mismo, creándose una série de ilusiones, que la práctica destruirá desgraciadamente; pero es lamentable que clínicos distinguidos se alucinen y proclamen *in cátedra* tratamientos de casi infalibilidad, sin contar, que de todo eso sometido al análisis quede tan poca cosa, que casi casi se llega á la conclusion lógica de la inutilidad por lo menos y lo dañosas que son en general ciertas prácticas.

Para no salir de nuestra propia esfera, yo empezaré por recordar que con pocos dias de intervalo, han visto la luz pública dos artículos á propósito de la difteria, firmados ambos por distinguidos clínicos, y cuya doctrina fundamental es diametralmente opuesta.

El profesor de Patologia interna de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, doctor Penna, asegura no haber obtenido resultados manifiestos del tratamiento general en la difteria, aconsejando el uso del sulfo-ricinato de soda

fenicado *locco dolenti:* otro colega, el doctor Dávison, asegura al contrario, que el sublimado al interior, reduce la mortalidad á un número insignificante, y se declara, ó mejor dicho, se ratifica en su idea de hace 5 años, proclamando al bicloruro de mercurio como él salvador de esos pequeños seres, á quienes aflije el azote diftérico, con tanta crueldad.

Ahora pregunto yo en vista de opiniones tan encontradas: ¿dónde está la verdad? ¿Debemos ser localistas ó generalistas; debemos tratar la difteria tópicamente con preferencia ó con una medicacion general?

Sin opinion establecida, con la buena fé y la honradez profesional mas exagerada, yo me declararia localista en la mayor parte de los casos, y el no hacerlo en absoluto responde á mi profunda conviccion de que las entidades morbosas no existen en clínica, es decir: que no hay prácticamente difteria sino diftéricos.

Y á pesar de esta salvedad, y á pesar de mi reserva en cuanto al tratamiento, no lo hago por cierto en cuanto al empleo de las sales mercuriales, ya que la casualidad quizá ha puesto en mi camino casos en que produjeron accidentes tan terribles acaso como el mismo proceso diftérico. Queda este punto archivado por el momento, y para no ser profuso voy á terminar brevemente con la súplica al profesor doctor Penna y al comprofesor doctor Dávison, se sirvan aclarar un punto prévio de doctrina, y es á saber: ¿se trata de un proceso infeccioso primitivamente local, ó cuando el punto y la placa se presentan, significan ó expresan la invasion del organismo?

Yo creo que para pronunciarse en cuanto al tratamiento, lo primero que se necesita es dilucidar dicho punto, y al hacer conclusiones entiendo que deben ser personales con datos clínicos y el criterio propio del convencido, no con el libro, sino con el enfermo.

Es indudable que entre las opiniones de tan distinguidos colegas, una debe ser verdad y error la otra, y es á título de competencia entre ambos, en el que yo me permito someter á su alto juicio este punto, para que con el talento que les caracteriza, digan algo más doctrinal, más práctico y de más utilidad inmediata.

Entretanto, quedo pendiente de la resolucion de tan im-

portante problema, esperando que la claridad del intelecto de los doctores Penna y Dávison, disipe la bruma en que está envuelto el mio, á propósito del tópico en litigio.

Buenos Aires, Febrero 1º de 1894.

HOSPITAL ITALIANO

Hernia Umbilical adquirida. Hernio-onfalectomia total

Por **Juan B. Emina**

Interno del servicio

Maria Laino, de 50 años, italiana, soltera, de profesion quehaceres domésticos, ingresó á este hospital á ocupar la cama núm. 1 de la sala 10, servicio de cirugia del doctor Sasso.

Los antecedentes individuales de esta enferma son buenos; no se descubre en ella manifestacion diatésica alguna; no recuerda, como enfermedad anterior á la actual, más que un catarro bronquial, del que ha curado completamente.

Los antecedentes hereditarios son igualmente buenos.

Estado actual:—Es una mujer de regular estatura, más bien alta, esqueleto bien desarrollado, bastante panículo adiposo. El corazon, pulmon, y demás órganos y funciones no presentan nada de particular.

A la inspeccion y palpacion se nota en la region umbilical un tumor blando, un poco doloroso, resistente, depresible, que aumenta de volúmen con los esfuerzos, durante la sacudida de la tos ó solo bajo la influencia de la actitud vertical, que algunas veces se reduce espontáneamente en parte cuando la enferma está acostada, pero, sobre todo, bajo la influencia de la compresion con las manos; la percusion dá submatitez.

El desarrollo de este tumor ha sido lento. Cuando la enferma entró al hospital hacian cinco años que ella habia empezado á notar al nivel del ombligo un abultamiento del tamaño de una nuez, que continuó aumentando poco á poco hasta alcanzar el tamaño de un huevo de avestruz, y debido

á esto, así como á los continuos dolores y vómitos que últimamente le molestaban, es que se determinó á entrar á este hospital pidiendo ser operada.

El diagnóstico de una hernia umbilical se imponia y así fué que una vez hecho éste y decidida la operacion, la enferma colocada en las mejores condiciones, se le administró un purgante la antevispera y enemas al dia siguiente, momentos antes de la operacion.

Hecho el lavaje antiséptico del campo operatorio y prévia la anestesia clorofórmica, se procedió á la operacion.

El doctor Sasso practicó una incision lateral izquierda que llegaba tres centímetros por arriba y por abajo del ombligo, incindiendo las diferentes capas subcutáneas hasta llegar á la pared del saco herniario, que abierto, permitió ver su contenido compuesto por una gran parte del epiplon mayor y algunas anzas intestinales; reducido el intestino, rompiendo despues con los dedos y tirándole afuera entre compresas esponjas se resecó en una extension de doce centímetros prévia una sutura encadenada con seda, abandonando el pedículo en la cavidad del abdómen; tomóse en seguida el saco disecándole hasta poder hacer una ligadura simple por debajo del cuello, reduciendo igualmente su pedículo. Concluido esto, se procedió á hacer la onfalectomia. La pared fibro-muscular, puesta al descubierto en la region supra y sub-umbilical, sobre todo introduciendo el indice izquierdo en el anillo umbilical, levantando este anillo y rechazando al mismo tiempo los intestinos; hizo con el bisturí otra incision lateral igual á la primera (resultando una incision peri-umbilical) y resecó completamente el anillo fibroso con el ombligo cutáneo así como tambien una porcion de la pared supra y sub-umbilical; hecha la *toilette* y hemostasia se cerró el abdómen como para una laparotomia; haciendo cuatro planos superpuestos por ser las paredes muy gruesas, tres con catgut y uno con seda, y como el adosamiento de las paredes fuera íntimo no se puso drenaje; extendida una delgada capa de iodoformo, se le hizo una curacion con gaza y algodon asépticos, colocando por arriba algunas tiras de tela salicilada para contener las paredes del abdómen y ayudar á la sutura.

El cuadro adjunto señala la marcha de la temperatura, respiracion, pulso, orina, etc.

Enero 6, dia de la operacion, temperatura 38, pulso 36 respiracion 30, orina 500 gr.; no hay vómitos, pero sí dolores de cabeza.

Enero 7, mañana; temperatura 37, pulso 32, respiracion 28, toma un poco de Marsala helado; tarde, temperatura 37,9, pulso 96, respiracion 32, orina 530 gramos.

Enero 8, mañana: temperatura 37,3, pulso 92, respiracion 28; tarde, temperatura 37,6, pulso 90, respiracion 28, orina 600 gramos.

Enero 10, mañana: temperatura 37,2, pulso 88, respiracion 29; tarde, temperatura 37,8, pulso 90, respiracion 30, orina 700 gramos.

Enero 11, mañana: se abrió la curacion para renovarla y observar el estado de la herida; por la presion se hizo salir algunas gotas de pus de los tres últimos puntos de sutura; se sacaron estos tres puntos poniendo una pequeña mecha iodoformada, concluyendo pocos dias despues por hacer un raspado y nueva sutura, obteniendo una curacion secundaria por primera intencion.

Buenos Aires, Febrero de 1894.

PLAZAS Y PASEOS PÚBLICOS DE BUENOS AIRES

(De la *Revista Municipal*)

Á muchos sorprenderá la cifra de 38 plazas y jardines públicos que encierra Buenos Aires, teniendo 7 en formacion, lo que antes de poco dará un total de 45, con una superficie de 2.362.297 metros cuadrados los primeros, y de 2.462.118 los segundos, haciendo todo un total de 4.854.415 que se descomponen así:

Librados á la circulacion

Plaza de Mayo	19.713	m/c
» Monserrat	6.372	»
» de la Libertad	10.286	»
» de Lorea	7.458	»
Square del Temple	636	»
Plaza General San Martin	27.729	»

Plaza de la Independencia	7.228	m/c
» General Lavalle	25.645	»
» Paseo de Julio	14.624	»
» 6 de Junio	22.311	»
Square Alsina	136	»
Plaza parroquial de Belgrano	10.200	»
» parroquial de Flores	14.535	»
Parque 3 de Febrero	1.454.575	»
Plaza Herrera	5.772	»
» 11 de Septiembre	27.055	»
» Constitución	50.063	»
Parque Intendente Alvear (Recoleta)	54.132	»
Plaza de los Inválidos	20.964	»
» de San Antonio	31.170	»
Jardin Municipal	29.684	»
Plaza 21 de Noviembre	10.048	»
Square del Carmen	1.632	»
Parque Barranca de Belgrano	15.622	»
Jardin Zoológico	191.112	»
Plaza Sarmiento	17.730	»
» de la Floresta	12.225	»
Square del Caballito	1.141	»
Plaza Santa Rosa	32.580	»
Parque Saavedra	196.378	»
Plaza Villa Crespo	12.100	»
» Rodríguez Peña	20.176	»
» del Mercado Belgrano	2.514	»
» General Hornos	18.000	»
» de la Boca	8.788	»
Jardines Hospital San Roque	21.475	»
» Francés	6.305	»
Hospicio de las Mercedes	8.775	»

EN FORMACION

Parque 3 de Febrero (Nueva sección)	2.222.889
Plaza de Armas	86.548
Jardin Botánico	77.664
Square Santa Fe	10.063
Parque Rivadavia	43.301
Bajada de Maipú	8.125
Pabellón Argentino	13.543

Nuestra capital, una vez terminados los que están en ejecución, tendrá pues, en plazas, jardines y squares, sin contar las avenidas y boulevares plantados con árboles, una superficie de 765 hectáreas, que es una buena proporcion para su poblacion de 600.000 habitantes.

No terminaremos sin consignar la dedicacion del señor Thays, á los trabajos que le están confiados, y la idoneidad con que desempeña sus funciones.

Lejos, muy lejos de ser una canongía, la Direccion de Paseos, es un puesto de extraordinaria labor, cuando sobre todo, como el señor Thays, se quiere hacer bueno y bien. El estimable Director de Paseos, tiene en preparacion un estudio completo y detallado de la historia de las Plazas y Paseos Públicos de Buenos Aires, trabajo que será sumamente interesante para la historia municipal.

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

OBRAS ENTRADAS EN EL MES DE FEBRERO DE 1894

POR COMPRA

Chatelain--Prècis iconographique des maladies de la peau	1	tomo	edic.	1894
Fournier—Les affectiones parasyphilitiques	1	»	»	»
Verchère—La Blennorhagie chez la femme	2	»	»	»
Blocq—Etudes sur les maladies nerveuses	1	»	»	»
Demontporcelet et Decaudin—Manuel d'anatomie dentaire	1	»	á	1887
Triviño—El cirujano dentista	2	»	»	1893
Harris, Austen et Andrieu—L'art du dentiste	1	»	»	1884
Van Gehuchten—Le Système nerveux de l'homme	1	»	»	1893

POR DONACION

Sanchez—Principales fuentes minerales de Cundinamarca. Tesis de Bogotá.. 1 tomo edic. 1893

Yaksch Diagnóstico de las enfermedades internas..... 1 vol. edic. 1893

Espina y Capo—Tratamiento de las complicaciones de la tuberculosis laringo-pulmonar (dos ejemplares)..... 1 » » 1894

Ziemmssen—Enfermedades del aparato circulatorio, tomo primero, traducido al castellano por el doctor Francisca Vallina; este tomo es el XVI de la serie en que se subdivide el «Tratado enciclopédico de patologia médica y terapéutica». » » » 1892

Anuario del observatorio de La Plata, volúmen VIII..... 1 tomo » 1894

Virchow -Técnica de las autopsias.. 1 » » 1894

J. Yvón—Manual clínico de análisis de orina..... 1 » » 1894

Laurent—El nicotinismo (intoxicacion por el tabaco)..... 1 » » 1894

Revista Jurídica—Órgano del Centro Jurídico y de Ciencias Sociales; director-redactor doctor Baldomero Llerena. Núm. VIII del año IX, correspondiente á Octubre, Noviembre y Diciembre de 1893.

Manual del diagnóstico de las enfermedades internas— Por los métodos bacteriológicos, químicos y microscópicos, por el doctor Rudolf V. Jaksch, de la Universidad de Praga, traducido de la tercera edicion alemana, por el doctor don Eduardo Moreno Zancudo.

El mérito de la obra del eminente clínico de Praga, queda demostrado con decir que en muy corto espacio de tiempo se han hecho en Austria tres ediciones, y que además, ha sido traducido al francés y al inglés. Creemos por lo tanto de gran utilidad su traduccion al castellano, pues única en su género, estamos seguros ha de contribuir mucho al progreso científico.

Respecto de las condiciones materiales de este libro, solo diremos que son de lo mejor que hemos visto, siendo magníficos los grabados intercalados en el texto, sobresaliendo notablemente los que lleva de colores, alguno de los cuales son preciosos, demostrándose con ellos un gran adelanto en el arte tipográfico español.

La obra forma un elegante tomo de 547 páginas, y se vende en la administracion de la «Revista de Medicina y Cirugia Prácticas», Preciados, 33, bajo, Madrid, y en todas las principales librerias, al precio de 18 pesetas, elegantemente encuadernado en piel, y á 16 pesetas en rústica.

La Biblioteca Científica Moderna—Que edita nuestro colega la «Revista de Medicina y Cirugia Prácticas», acaba de publicar una notable é interesante obrita, llamada á obtener una gran acogida entre nuestros comprofesores. Titúlase: «De la técnica de las autopsias», con aplicacion especial á la práctica forense, debida á la pluma del eminente profesor aleman Rodolfo Virchow.

Este último libro es el resultado de los trabajos anatómicos llevados á cabo durante muchos años por el sabio autor de la «Patologia celular» en el hospital de la Caridad de Berlin, y fruto de una experiencia tan dilatada como fructífera para la ciencia médica. En Alemania ha obtenido esta produccion un éxito tan grande, que en pocos años se han hecho cuatro numerosas ediciones.

La edicion española esmeradamente traducida por el doctor Rafael del Valle, lleva un bien escrito apéndice en el que consta el procedimiento del doctor Pedro Mata para practicar las autopsias, y se expone la autorizada opinion del doctor Letamendi respecto á la técnica de la autopsia en general, y en especial la médico-forense.

Forma un precioso tomo lujosamente encuadernado en piel, de 246 páginas, y se vende al módico precio de 3,50 pesetas, en la administracion de la «Revista de Medicina y Cirugia Prácticas», Preciados, 33, bajo, Madrid, y en las principales librerias.

Manual clínico de análisis de orinas—Por Yvon, farmacéutico de primera clase, antiguo interno de los hospitales de Paris; con 54 figuras intercaladas en el texto y 9 láminas

aparte, con una en colores; revisado y aumentado, con la colaboracion del doctor A. Berlioz; traducido al castellano de la cuarta edicion francesa y adicionado con gran número de notas y un extenso prólogo por don Joaquin Olmedilla y Puig, doctor y catedrático de farmacia, graduado de doctor en medicina, licenciado en ciencias, etc., etc.—Madrid, 1894. Un tomo en 12º.—Precios: en Madrid, en rústica, 6 pesetas; en pasta, 7; en provincias, en rústica, 7 pesetas; en pasta, 8.

Hemos tenido el gusto de examinar la obrita «Manual clínico de análisis de orinas» con que nos ha obsequiado la casa editorial Bailly-Bailliére é hijos. Es una obrita de lo más importante que hoy se conoce para los médicos y farcéuticos, ahora que en todas las enfermedades se manda hacer el análisis de las orinas, como se toma el pulso ó la temperatura. El médico encontrará en ella todo cuanto pueda desear para esclarecer sus dudas. El farmacéutico, medios prácticos y rápidos de hacer un análisis completo que pueda llenar las exigencias de los médicos. Las nueve láminas (una en colores) que adornan la obra y la multitud de grabados que tiene, le dan gran importancia.

El Manual clínico de análisis de orinas—Que acaba de publicar la libreria editorial de Bailly-Bailliére é hijos, y que tenemos el gusto de recomendar tanto á la clase médica como á la farmacéutica, es una obra cuya falta se hacia sentir, pues hasta ahora no habia nada completo y claro sobre esta materia, que es hoy tan importante para el reconocimiento y tratamiento de las enfermedades como tomar el pulso, la temperatura y otros síntomas. Esta obrita que está adornada con multitud de grabados y nueve láminas, una de ellas en colores, no necesita elogios, pues basta decir que es la única que se consulta en el extranjero para los análisis de orinas, y de la cual se han hecho en Francia cuatro ediciones en muy poco tiempo. A nuestro juicio es un libro que debe tener todo médico ó farmacéutico sobre su mesa-despacho.

El Nicotinismo—Tal es título del IX volúmen que acaba de publicar la «Biblioteca Científica Moderna», debido á la pluma del distinguido publicista francés, doctor Laurent, y

que ha vertido al castellano, el director de la «Revista de Medicina y Cirugia Prácticas, don Rafael Ulecia. Mucho se ha escrito acerca de la intoxicacion crónica por el tabaco, pero ciertamente nada hay comparable con el interesantísimo libro del doctor Laurent, en el que se estudia de una manera magistral:

I. Las variedades botánicas de la nicotina.—II. Cultivo, industria y composicion del tabaco.—III. La nicotina.—IV. El tabaco en terapéutica.—V. El dios Petun.—VI. El árbol de la Reina y la panacea de los indios.—VII. Historia de la petaca y de la pipa.—VIII. En busca de sensaciones nuevas. —XI. Como se llega á ser fumador.—X. Influjo de la imitacion y de la sujestion.—XI. Los peligros del tabaco y el hábito nicotínico.—XII. Embriaguez por el tabaco.—XIII. El nicotinismo agudo y los medios de la nicotinización.—XIV. Los pecados veniales del tabaco.—XV. Accion del tabaco sobre los dientes, encias, boca, labios, laringe, faringe, pulmones, corazon, estómago, intestinos y órganos de los sentidos.—XVI. Neurosis, neurastenias, anemias y locura producidas por el tabaco.—XVII. El tabaco, la inteligencia, el genio, la melancolia, la voluntad y el sentido moral.—XVIII. La nicociomanía.—XIX. El tabaco, el amor y la despoblacion, el bien parecer y el presupuesto.—XX. El tabaco en la escuela, en el ejército y en las cárceles.—XXI. Tratamiento del nicotinismo.

Forma un precioso tomo lujosamente encuadernado en piel, de cerca de 300 páginas, y se vende al módico precio de 3 pesetas, en la administracion de la «Revista de Medicina y Cirugia Prácticas», Preciados, 33, bajo, Madrid, y en las principales librerias.

La librairie J. B. Bailliére et fils, 19 rue Hautefeuille à París, vient de publier une «Bibliographie gynécologique», qui contient l'annonce détaillée de plus de quinze cents ouvrages sur la gynécologie, modernes et anciens, français et étrangers. Cette brochure in-8 à 2 colonnes sera adressée gratis et franco à toutes les personnes qui en feront la demande á M. M. J. B. Bailliere et fils.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Enero de 1894

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifoidea	17	12	29
Viruela confluente	1	1	2
Sarampion	3	—	3
Escarlatina	8	3	11
Coqueluche	7	6	13
Difteria	19	17	36
Crup	9	6	15
Angina diftérica	4	2	6
Influenza	1	1	2
	69	48	117
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	61	44	105
» meningea	6	2	8
» artritica	—	1	1
» del peritoneo	1	1	2
» intestinal	2	—	2
» de la laringe	3	1	4
» del mesenterio	1	1	2
Osteitis tuberculosa	1	—	1
Sífilis infantil	1	4	5
» en adultos	1	1	2
Cáncer	3	3	6
» del estómago	3	3	6
» del higado	3	—	3
» del piloro	1	—	1
» del páncreas	1	—	1
» del cerebro	—	1	1
» del esófago	2	—	2
» al abdómen	1	—	1
» del útero	—	5	5
» de la boca	1	—	1
» de la vejiga	1	—	1
» de la laringe	1	1	1
» del pecho	1	1	2
» del recto	—	1	1
» de la matriz	—	2	2
» del cardio	1	—	1
» de la pleura	1	—	1
» de la cara	1	—	1
Raquitismo	4	1	5
Púrpura	2	—	2
Leucocitemia	1	—	1
Cloro anemia	—	1	1
Infeccion purulenta	4	—	4
	109	73	182

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	16	11	27
Apoplegia	3	4	7
Hemorragia	14	7	21
Anemia	1	—	1
Meningitis	59	36	95
Embolia	3	4	7
Meningo-encefalitis	2	2	4
Encefalitis	1	—	1
Conmocion cerebral	—	1	1
Derrame cerebral	2	1	3
Hidrocefalia	2	1	3
Reblandecimiento cerebral	4	—	4
Tumor cerebral	2	1	3
Tétano traumático	1	—	1
Tétano infantil	5	6	11
Epilepsia	1	2	3
Eclamsia infantil	7	6	13
Parálisis general progresiva	1	1	2
Alcoholismo	5	1	6
Edema del cerebro	1	1	2
Atrofia cerebral	—	1	1
Eclamsia	—	1	1
	130	87	217
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	1	1	2
Endocarditis	2	1	3
Aneurisma	—	1	1
Aneurisma de la aorta	5	3	8
Aortitis	2	—	2
Hemorragia	1	—	1
Angina de pecho	2	3	5
Vicio orgánico al corazón	21	23	44
Ateromasia arterial	1	1	2
Miocarditis	4	2	6
Hemofilia	1	—	1
	40	35	75

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	1	1	2
Bronquitis	11	18	29
Bronco-neumonía	24	16	40
Neumonía	24	29	53
Pleuro-neumonía	3	1	4
Pleuresía	4	1	5
Congestion pulmonar	1	—	1
Asma	1	1	2
Edema de la glotis	2	—	2
Embolia pulmonar	—	1	1
Enfisema pulmonar	1	—	1
Hemo torax	1	—	1
Gangrena pulmonar	2	—	2
Hidroneuma torax	1	—	1
Hemoptisis	1	—	1
Abceso pulmonar	—	1	1
Espasmo de la glótis	1	—	1
Catarro crónico	—	1	1
Edema pulmonar	—	1	1
Parálisis bronquial	1	—	1
	79	71	150
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Gastralgia	1	—	1
Dispepsia	—	1	1
Catarro intestinal	2	1	3
Estrechez del esófago	—	1	1
Gastritis	3	2	5
Gastro-enteritis	81	71	152
Atrepsia	29	16	45
Fiebre gástrica	—	2	2
Indigestion	2	2	4
Enteritis	30	20	50
Entero-colitis	13	9	22
Disenteria	4	—	4
Oclusion intestinal	2	1	3
Peritonitis	10	13	23
Cólera infantil	2	1	3
Hernia	2	2	4
Hepatitis	2	2	4
Esclerosis del hígado	1	—	1
Quiste hidático	—	1	1
Abceso del abdómen	2	1	3
Cirrosis	—	1	1
» atrófica	—	1	1
» hepática	2	1	3
Hematemesis	1	—	1
	189	149	338

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	1	1	2
Uremia	4	1	5
Nefritis	8	3	11
Albuminuria	1	2	3
Fibroma uterino	—	1	1
Hematocele	1	—	1
Metro-peritonitis	—	1	1
	15	9	24
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	—	2	2
Gangrena	1	1	2
Flemon difuso	—	1	1
Antrax	1	—	1
	2	4	6
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	1	—	1
Tumor blanco	1	—	1
Osteites	—	1	1
Artritis	1	—	1
	3	1	4
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	2	2
Eclamsia	—	1	1
Placenta prévia	—	1	1
	—	4	4
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion	17	1	18
Heridas	16	1	17
Ustion	5	4	9
Repentinamente	—	1	1
Intoxicacion	1	1	2
Contusiones	1	—	1
Sincope	2	1	3
Traumatismo	5	1	6
Fracturas	8	2	10
	55	12	67

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita....	19	11	30
Nacidos muertos.	57	41	98
Icteria.....	—	1	1
	67	53	120
E Sin clasificacion			
Accidentes de la denticion.....	1	—	1

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Anemia perniciosa.....	1	1	2
Asfixia.....	1	—	1
Consuncion.....	4	5	9
Caquexia	—	1	1
Inanicion	2	2	4
Septicemia.....	2	—	2
Senectud.....	4	2	6
Marasmo.....	1	—	1
Angina.....	1	—	1
Sin especificacion.....	5	—	5
	22	11	33

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
780	557	1337

Fórmula contra los pediculi pubis

Ácido salicílico ..... 5 gr.
Bálsamo del Perú..... 2 gr. 50
Vaselina..... 50 gramos
M. Pomada.

DR. REBAUDI,
Del Hospital Italiano.

Año XVII—1894 BUENOS AIRES Tomo XVII—Nº 4

Anales del Círculo Médico Argentino

ABRIL DE 1894

LOS TRASTORNOS GASTRO-INTESTINALES DE LOS NIÑOS

SU TRATAMIENTO EN EL CONSULTORIO DEL HOSPITAL SAN ROQUE

por el **Doctor G. Araoz Alfaro**

Médico del Servicio

De 306 enfermitos que han sido atendidos en nuestro consultorio externo durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del corriente año, 116, ó sea casi el 38 %, nos fueron llevados por afecciones del aparato digestivo. Se vé cuán frecuentes son, en nuestra clase pobre, esas perturbaciones que, segun la expresion de un pediatra eminente, «expresan el peligro más comun y más temible que amenace la vida de los niños de baja edad».

Las causas de esta excesiva frecuencia son bien conocidas para cualquier médico que quiera investigarlas: no hay en la clase obrera sino muy escasas y, con frecuencia, muy falsas nociones sobre el régimen alimenticio de los niños, y no he de repetir á este respecto todo lo que han dicho antes de ahora muchos colegas distinguidos. Desgraciadamente, en mis investigaciones he podido convencerme de otro hecho mucho más grave, y es que, en no pocos casos, algunos médicos consienten, si no aconsejan, las prácticas más nocivas para la salud de los pobres niños; de ahí que sea difícil despues hacer cambiar de hábitos á gente que tiene en favor de su ignorancia, la culpable tolerancia de hombres del arte más ó menos reputados entre ese público especial.

Aparte de las costumbres perjudiciales inveteradas y trasmitidas de madre á hija de un modo tal que es poco menos que imposible modificarlas, hay otros grandes escollos en que deben fracasar con frecuencia las más terminantes prescripciones

médicas; la pobreza de la clase obrera y la incuria de las autoridades municipales que hasta ahora no se han preocupado, sino en el nombre, de las infectas habitaciones en que aquella vive y de los alimentos que consume.

Respecto de los niños, la creacion del Patronato de la Infancia hizo concebir halagüeñas esperanzas. Ha pasado ya bastante tiempo desde que esa institucion principió á actuar, y Buenos Aires solo ha ganado, en realidad, un nuevo consultorio para niños y algunas camas más para los enfermitos que los padres quieran dejar. Es, seguramente, bien poca cosa.

Verdad es que se dá leche de vaca á algunos pobres que tienen certificados de tales. Muy poca cosa igualmente, y este mismo poco bien ignorado del pueblo de Buenos Aires!

¿No podria esa Comision hacer preparar en grande escala leche esterilizada y darla gratis á los pobres ó aún vendérsela á precio poco elevado?—¿No podria tampoco conseguir el establecimiento de *cunas* para la lactancia de tanto infeliz que muere por falta de alimentacion apropiada ó, por lo menos, ensanchar y mejorar la Casa de Expósitos cuyas lamentables condiciones son bien conocidas, á pesar de los loables esfuerzos de su personal técnico y de la Sociedad de Beneficencia?

¿No le seria posible al Patronato de la Infancia proporcionar á los niños indigentes de Buenos Aires, leche de burra, de yegua ó de cabra en regular cantidad y en buenas condiciones? Se reirá quizá de estos pedidos quien no conozca las penurias por que pasan las familias pobres cuando tienen á sus niños enfermos de afecciones gastro-intestinales; para los médicos, esto es de primordial importancia y no parece que sea de tan difícil realizacion para una Comision de hombres influyentes y acaudalados y que sabe, por experiencia, que no se solicita en vana la filantropía de este pueblo.

¿No podria, por lo menos, difundir en la clase pobre el conocimiento de la higiene infantil por medios más adecuados que una *Revista*, destinada solo á franquear la puerta de las casas ricas?

Es posible que me haga ilusiones y que exagere la medida de lo práctico y realizable, pero fuerza es convenir que esas mejoras no serán probablemente más costosas que el *Sanatorium* de Mar del Plata. Prestarian en cambio muchos mayores servicios: los atrépsicos, los raquíticos y los escrofulosos

serian infinitamente menos numerosos si cuidáramos un poco más de la primera infancia y del alojamiento de las familias obreras. Por lo demás, no me propongo tratar *in extenso* de estas cuestiones que solo he tocado incidentalmente de paso.

De los 116 enfermitos citados, son muy pocos, en efecto, los que han estado sometidos á una alimentacion adecuada y, por lo demás, los trastornos que ellos presentaron cedieron rápidamente al tratamiento. Lactancia artificial casi desde el nacimiento; lactancia mixta, hecha á veces sin necesidad alguna y puramente por ignorancia; destete prematuro; pastas, carne y toda clase de alimentos inadecuados dados pródigamente á niños de pocos meses; todo eso, y mucho más, se encuentra indicado entre las causas de enfermedad de nuestros pobres clientes.

Y lo que demuestra, mejor que cualquier otro argumento, la facilidad relativa de las mejoras á que haciamos referencia, es que, á pesar de la pobreza de la gente que acude al consultorio y que impide, en casi todos los casos, volver á la lactancia por la madre ó por una nodriza, no nos ha sido en general muy difícil conseguir la curacion ó una notable mejoría, por la rigurosa reglamentacion del régimen alimenticio y la insistencia exagerada en la manera de prepararlos y administrarlos, aparte, naturalmente, del uso de agentes terapéuticos apropiados.

De entre los 116, ha habido solamente dos muertos: uno nos fué traído en el último período de la atrepsia, el otro en pleno cólera infantil.

Considero que la enumeracion en globo de curados, mejorados, etc., no puede presentar interés alguno. Por otra parte, nada hay tan difícil como clasificar las perturbaciones gastro intestinales de los niños, y es bien sabido cuánto divergen en este punto los autores más distinguidos: tal considera como mero trastorno funcional una afeccion que para otro deriva de una lesion anatómica más ó menos neta y el nombre de dispepsia, en favor entre los unos, expresa para otro una idea falsa.

Dejando, pues, su clasificacion para cuando pueda contar con datos más numerosos y mayor experiencia, me limitaré á separar, por ahora, en cinco grupos principales, las afecciones

que hemos tenido que tratar con el doctor Horacio G. Piñero, que deferentemente me acompaña en la sala y el consultorio.

	EN TRATAMIENTO			
	Curados	*Mejorados*	*Estacionarios*	*Muertos*
1er Gastritis y gastro-enteritis aguda, enteritis, (dispepsia aguda, dispepsia intestinal, etc).....	29	9	7	1
	Curados			
2o Diarrea verde (bacilar).....	4			
	Curados		*En tratamiento*	
3er Embarazo gástrico ó gastro-intestinal febril, infeccion intestinal indeterminada.....	42		4	
	Curados		*En tratamiento*	
4o Enterocolitis ulcerosa.....	5		2	
	EN TRATAMIENTO			
	Curados	*Mejarados*	*Estacionarios*	*Muertos*
5o Enteritis crónica (raquitismo), atrepsia.....	2	6	4	1

Esta agrupacion esquemática y deficiente sin duda, no tiene más objeto que permitirnos exponer á grandes rasgos, los elementos principales del tratamiento seguido.

En el *1er grupo (dispepsia aguda, gastritis y gastro-enteritis aguda, etc.)*, ante todo, reglamentacion de las mamadas si se trata de un niño de pecho: cada dos horas si se le daba antes más á menudo, cada tres ó cuatro si, á pesar de ser bien reglada la alimentacion, hay fenómenos de intolerancia; si tenía lactancia mixta, suprimir temporariamente (ó definitivamente si la edad lo indica y es posible) la leche de vaca, indicando, para cuando haya de usársela de nuevo, las diluciones necesarias y las más minuciosas precauciones de asepsia que sea posible aconsejar. Si se trata de niños ya destetados, suprimir por el momento, toda alimentacion que no sea la leche y dar tambien, segun los casos, un poco de caldo degrasado, agua albuminosa ó una tisana emoliente si hay mucha sed ó aun una ligera limonada.

Como medicamentos, un vomitivo ó un purgante (aceite de ricino ó calomel y aceite), segun la intolerancia gástrica y las indicaciones suministradas por el estado de la lengua. Por lo general, los vómitos y la diarrea cesan despues de esta intervencion y de la conveniente reglamentacion de los alimentos; en raros casos, ha sido preciso administrar un poco de ácido clorhídrico ó clorhidrato de amoníaco en la forma que luego indicaremos, ó combatir la diarrea persistente si se ha producido una verdadera enteritis; luego insistiremos en este tratamiento.

La *diarrea verde*, considerada, como se sabe, como específica y determinada probablemente por un bacilo (Lesage, etc.), es tratada generalmente por el ácido láctico segun el método de Hayem (1 gramo en 100 ó 120, por cucharaditas cada dos horas), precedido de aceite de ricino ó calomel, si se considera necesario. En algunos casos, sin embargo, no cede al ácido láctico y hay que recurrir al tratamiento general de la diarrea. Está demás decir que aquí, como en las otras afecciones, hay que reglar convenientemente el régimen alimenticio.

En el *embarazo gástrico* ó *gastro-intestinal febril*, acompañado generalmente de constipacion pertinaz, debutamos generalmente como en los casos del primer grupo, por una dósis vomitiva de ipecacuana ó un purgante de aceite, unido ó nó al calomel. Baginsky recomienda especialmente los purgantes salinos ó la tintura de ruibarbo; damos con frecuencia el citrato de magnesia en los niños de alguna edad, pero no hemos experimentado la tintura de ruibarbo si bien asociamos, con frecuencia, el polvo al calomel, purgante bastante infiel aún á dósis que parecerian muy exageradas.

En estos casos, se debe insistir mucho sobre la disminucion de los alimentos y su acertada eleccion.

Designan algunos con el nombre de infeccion intestinal indeterminada á estados febriles, con constipacion ó diarrea escasa y fétida, cefalalgia persistente, lengua seca y estado general deprimido, etc., que se asemejan durante algunos dias á una fiebre tifoidea ligera y son difíciles de considerar como un simple embarazo gastro-intestinal. En todo caso, en ella como en este, cuando se prolonga, usamos los antisépticos del tubo digestivo: salol, solo ó asociado al carbonato de magnesia si hay constipacion, el benzo naftol, etc. Puede ser á

veces necesario repetir los purgantes. Las lociones frescas ó los baños templados ó frios están á veces indicados para bajar la temperatura que en ciertos casos es muy alta al principio, ó para combatir la agitacion, etc.

No hay que olvidar que un ataque de *eclampsia* marca con frecuencia el principio de estas afecciones; el tratamiento no varia por eso: evacuantes, baños, templados ó frios, etc.

Baginsky preconiza mucho contra el embarazo gástrico, el ácido clorhídrico (X á XV gotas en 100) y el clorhidrato de amoniaco (0.10 á 0.15 gramos en 100) para tomar por cucharaditas cada dos horas; hemos empezado á emplearlos y el resultado parece efectivamente muy bueno; el clorhidrato de amoniaco es recomendado especialmente cuando hay gran saburra.

La *enterocolitis ulcerosa*, caracterizada por las deposiciones frecuentes y escasas, gomosas y sanguinolentas, el tenesmo, etc., no se vé casi sino en la segunda infancia. Creemos conveniente iniciar el tratamiento con un purgante; por lo demás, nuestra observacion nos conduce á confirmar á la ipeca como el medicamento por excelencia en estos casos; si se la hace aceptar, la curacion es generalmente muy fácil. La hemos empleado últimamente, segun se ha aconsejado, con mentol, que parece efectivamente corregir su accion nauseosa. He ahí, por ejemplo, una fórmula agradable que no es sino una modificacion de la de Delioux de Savignac.

Raiz de ipeca machacada.....	2 á 4	gramos
Agua destilada.....	200 ó 300	»

Hágase hervir cinco minuto y agréguese:

Mentol.....	0.05 á 0.10	»
Hidrolato de canela.....	20 á 30	»
Jarabe (simple ó diacodio).....	30 á 50	»

(Por cucharada de sopa ó de postre, cada dos ó tres horas, segun edad y tolerancia.)

Por lo menos, debe intentarse la administracion de la ipeca hasta que se cambie el carácter de las deposiciones, en cuyo caso puede ya recurrirse á los astringentes, opiáceos, etc. Se usará, si hay mucho tenesmo, los enemas pequeños con láudano en agua tibia ó en un cocimiento de almidon.

Si la ipeca no es tolerada, puede recurrirse desde el principio á los astringentes y al ópio y agregarles irrigaciones in-

testinales antisépticas con naftol (0.20 por mil), biborato de soda, etc., etc. No tengo necesidad de insistir en la dieta apropiada.

Las *enteritis crónicas*, sobre todo en los raquíticos ó los que están en vías de serlo, ó en los que han llegado á esa lamentable edad de desnutricion, conocido con el nombre de *atrepsia*, constituyen una de las afecciones más difíciles de tratar. Todos esos niños son mal alimentados y, naturalmente, la primera indicacion consiste en modificar su régimen. Siempre que, en los de corta edad, pueda usarse la leche de mujer, podrá esperarse mucho; en caso contrario, se explicará minuciosamente los cuidados que deben tomarse con los alimentos.

Si la diarrea es *lientérica*, sobre todo al principio, se consigue mucho á veces con los digestivos: papaina ó pepsina clorhídrica (0.05 despues de cada mamada, sola ó asociada á á la creta preparada, etc.) ó bien:

Pepsina	0.50 ó más
Ácido clorhídrico	V á XV gotas
Agua destilada,.....	80 grmos
Glicerina neutra	áá 10 á 20 »
Jarabe.....	

(Por cucharaditas despues del alimento.)

El Dr. Puiggari sostiene (Tésis de farmacia) que la papaina es inútil ó poco menos; clínicamente, presta, sin embargo, buenos servicios, si bien en algunos casos, parece ineficaz y la pepsina clorhídrica es muy superior.

Pero, en la gran mayoría de los casos, la diarrea no cesa con este tratamiento. Hay que recurrir entonces á los antisépticos asociados á los astringentes (los primeros no parecen obrar muy poco en estos casos); el salicilato de bismuto, la creta preparada ó carbonato de cal, el extracto de ratanhia, el ópio, nos parecen los medicamento preferibles. No trepidamos en llevar el bismuto y la creta á grandes dósis (2, 3, 4 gramos y más, por dia) y si la diarrea no cede, y sobre todo, si se hace muy serosa, le agregamos una ó dos gotas de láudano de Sydenham ó tintura de extracto tebaico.

En el último caso, cuando la pérdida de líquido es abundante, cuando se marcan los fenómenos del *cólera infantil*, hay que combatir la algidez con baños calientes generales, carga-

dos de mostaza ó fricciones alcohólicas y con estimulantes difusibles como el acetato de amoniaco, el licor amoniacal anisado, el alcohol, etc. No hemos tenido hasta ahora ocasion de usar en los niños las inyecciones subcutáneas de suero artificial, pero estamos seguros de su gran utilidad en estos casos; los alemanes preconizan tambien, aunque en casos no tan graves, las irrigaciones intestinales abundantes con la solucion fisiológica de sal de cocina.

Apuntamos algunas de las fórmulas á que recurrimos con más frecuencia.

Salicilato de bismuto.....	áá 4 á 8 gramos
Carbonato de cal.....	
Agua gomosa.....	120 »
Jarabe de membrillos ú otro...	20 »

(Dos cucharaditas cada dos horas, en los intervalos de los alimentos; ó una cucharada de sopa cada tres ó cuatro horas, segun la edad.)

En caso necesario agregar:

Extracto de ratanhia.....	0.20 á 0.50 gramos
ó tintura extracto tebaico.....	I ó II gotas

El ácido tanico y la sustancias que lo contienen me parecen, por lo general, poco apropiados al estómago de los niños. Lo empleamos á veces en enemas ó enteroclisis.

Un agente que, segun entiendo, es poco empleado por nuestros médicos y que nos ha dado excelentes resultados en las diarreas crónicas que resisten á todos los otros medicamentos, es el *nitrato de plata*. Lo hemos dado, segun la práctica de Baginsky, del modo siguiente:

Nitrato de plata crist.....	0.05 á 0.10 gramos
Agua destilada.....	60 gramos
Glicerina neutra.....	áá 20 »
Jarabe simple.....	

(Uso: dos cucharaditas cada tres ó cuatro horas segun la edad.)

—

En el curso de estas diversas afecciones, los *vómitos* son con frecuencia bastante pertinaces para exigir un tratamiento especial; la disminucion y el alejamiento de las dósis de leche unidos á la dilucion de este alimento, el ácido clorhídrico, etc., los hacen cesar por lo general. Si á pesar de todo persisten

creo poder aconsejar, de preferencia á la pocion Riviére tan empleada, una bebida análoga á la siguiente:

Bicarbonato de soda.....	2 á 4	gramos
Agua destilada.....	80	»
Clorhidrato de cocaina.....	0.05 á 0.10	»
Jarabe simple.....	20	»

(Por cucharaditas con intervalos variables, segun la persistencia de los vómitos). Me ha parecido á veces deber agregar con provecho una gota de láudano á la pocion anterior.

La revulsion con un sinapismo ó medios idénticos me ha prestado servicios en muchos casos; puede tambien darse la leche helada.

—

Hasta ahora, estos medios nos han bastado siempre; más de una vez, sin embargo, ellos serán insuficientes. En ese caso, cuando los vómitos y la diarrea sean incoercibles ó poco menos, no se debe vacilar en suprimir en absoluto toda alimentacion durante 12, 24 ó más horas, dando solamente agua filtrada ó hervida, pura ó mezclada con muy poco vino, agua albuminosa ó un cocimiento ligero de cebada ó arroz, etc.; solo así se consigue, en ciertos casos, dominar algunas gastroenteritis sobreagudas.

—

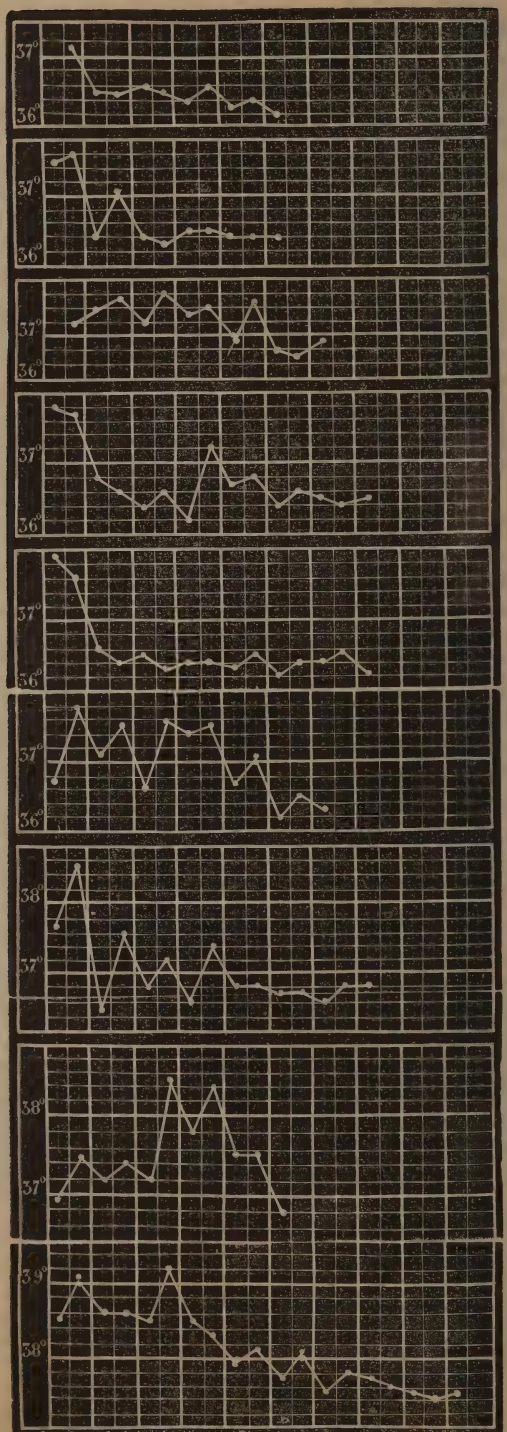
He creído que la presentacion de esta estadística parcial *comentada* de mi servicio hospitalario, podia ser de algun interés. Espero que más tarde podré estudiar detenidamente estas enfermedades que contribuyen con una cifra tan grande á la morbilidad y mortalidad infantil en Buenos Aires.

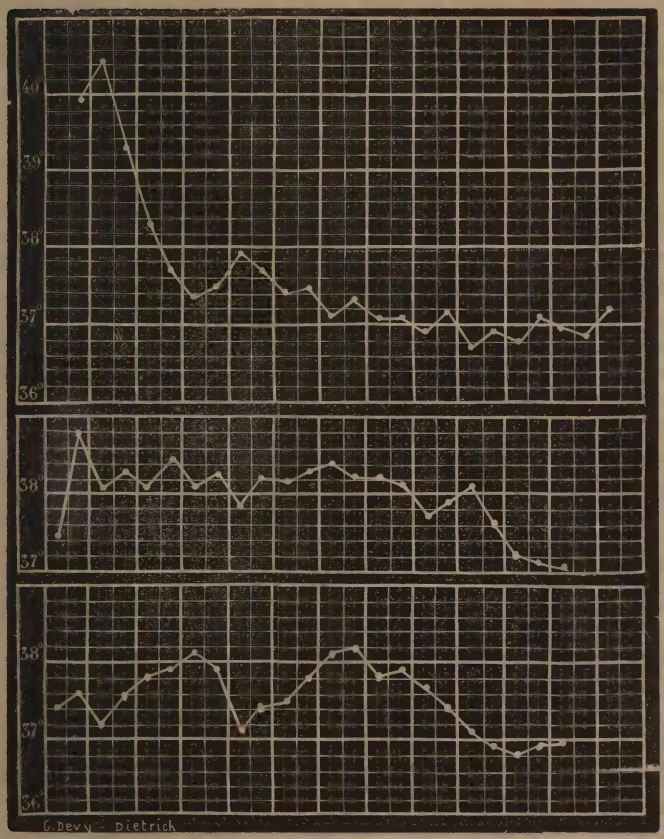
Buenos Aires, Abril de 1894.

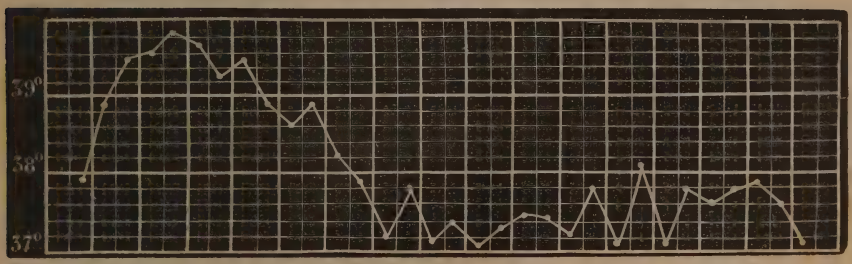
VIRUELAS SIN FIEBRE

El Dr. B. Larroque nos comunica «una relacion de dos pequeñas epidemias de viruelas» observadas en un asilo de alienados en los años de 1879 y 1883.

Esta enfermedad fué muy benigna y de corta duracion, casi sin fiebre, como se puede constatar por los trazados termométricos que aquí adjuntamos. La mayor parte de los enfermos no tuvieron fiebre al principio, ni fiebre de supuracion; en la generalidad hubo hipotermia.


37°
36°
37°
36°
37°
36°
37°
36°
37°
36°
37°
36°
38°
37°
38°
37°
39°
38°


40°
39°
38°
37°
36°
38°
37°
38°
37°
36°
G. Devy - Dietrich


39°
38°
37°

La viruela es una enfermedad infecciosa clásica y por esto es curioso ver apartarse de la regla estos casos. Es preciso acostumbrarse á excepciones en clínica médica, y no sòmos los primeros en haber observado peritonitis apiréticas, neumanías sin fiebre en los viejos, etc. etc.

No queremos seguir al Dr. Larroque en su exposicion y demostrar que esta epidemia no ha producido ningun cambio en esas psicopatias.

Pocos trabajos han sido publicados sobre las relaciones entre las viruelas y las enfermedades mentales. Se comprende bien este vacio en psiquiatria cuando se piensa en los errores que han reinado tanto tiempo. Los alienados podian exponerse al fuego, al frio, á las intemperies; Richard Mead hasta afirma que *la naturaleza ha preservado los locos de otras enfermedades* y agrega que *la locura impide que sobrevenga una enfermedad por grave que sea.*

Segun Ellis, aunque la locura abrevia la vida, los alienados no estan tan expuestos como los demás hombres á las enfermedades accidentales.

Mason Cox cree que la demencia rechaza las influencias ajenas y que cuando una epidemia grave ataca á un alienado su estado mental generalmente mejora.

Estas citaciones erróneas no tienen gran crédito hoy en dia. Pinel que fué víctima del tifus observó en el siglo pasado que no habia antagonismo entre la locura y las enfermedades en general.

Thore, que ha estudiado las afecciones incidentales en la locura, no habla nada de la viruela. Estudió las alucinaciones en personas atacadas de viruela pero no alienadas, como mas tarde Wesphall reconoció los disturbios que siguen á la viruela y que tanto se parecen á la esclerosis en placas; Calmeil, en su diccionario de 30 volúmenes y en la enciclopedia de las ciencias médicas tampoco menciona nada.

Los doctores Berthier («Annales med. psych.», 1861), Marce («Mal. mentales», pág. 91), Schlager («Wiener medizinische Zeitschrift», 1868, pág. 151), Nasse («Irrenfreueund», 1870, pág. 113), Luigi Calastri («De la influencia de la viruela en las enfermedades mentales», diario el «Archivio», 1870), Berti de Venecia (memoria, 1873), Chatelain («Ann. med. psych.», pág. 196, 1872, tomo VII, 5ª série), Morrigi, Andrea, Verga, han visto casos de viruela curar afecciones mentales y propusieron

algunos la vacunacion artificial para ver si por este medio podian sanar los dementes.

Es cierto que se pueden observar mejorias en el curso de una psicopatía debido á supuraciones, principalmente en la parálisis general; pero esto no es un hecho comprobado, ni deja de tener sus negaciones.

El Dr. Larroque ha insistido en provocar esas supuraciones, y ha podido á veces obtener, sino curaciones completas, al menos algunas remisiones bastante duraderas; bueno seria no olvidar este modo de tratar afecciones para los cuales carecemos tanto de recursos.

Es la supuracion y no la fiebre de la viruela que produce estas mejorias; en vano el Dr. Berthier (loc. cit., pág. 14) asegura que «la fiebre ejerce una influencia muy marcada en los alienados». Esta asercion se confirmaria mas bien en el tifus, segun Nasse («Allegem. Zeitchrift für Psychiatrie», 1864 y 1870), Gérard («Ann. med. psych.» 1846, tomo II, pág. 83), Bach, Schlager, Gaye («Allgem. Zeitsch. für Psych.», 1863, tomo IX pág. 1963); Wille («Allgem. Zeitish. für Psych.», 1865, y 1870).

HOSPITAL RAWSON

Clínica Quirúrgica del Dr. **Llobet**

Elongacion del Ciático por neuralgia crónica; curacion

Por **Carmelo D. Calderon**

Interno del servicio

La elongacion de los nervios puesta en boga por el sabio Charcot y ardientemente defendida por Erlenmeyer y otros, para casos de neuralgias refractarias á todo tratamiento, ha sido coronada con el éxito más brillante en el enfermo J. H., que entró á este hospital, afectado de ciática doble cuyo principio alcanza á doce años; desde cuatro años á esta parte lo habia reducido á la impotencia mas absoluta para andar sin muletas y aun con éstas lo efectuaba con grandes esfuerzos, viéndose obligado á inclinar el tronco hácia adelante hasta formar un ángulo recto con los miembros inferiores para poder dar sus perezosos pasos.

Al mismo tiempo, con intermitencias más ó menos largas,

ha padecido dolores intensísimos semejantes á los fulgurantes del tabes dorsal, que naciendo al nivel de la emergencia del nervio ciático se irradiaban en toda la parte posterior del muslo hasta llegar á la region poplítea, con ramificaciones á la parte anterior del muslo.

Despues de poner en práctica todos los medios que la ciencia conseja en estos casos, con resultado negativo, el Dr. Llobet resolvió intervenir el 20 de Febrero. Se hizo una incision de diez c. m. á igual distancia de la tuberosidad del isquion y del fémur, se dividió el tejido celular y la fuerte aponeurosis fémoro-glutea, en seguida el músculo gluteo que alcanzaba esta incision y despues la hoja profunda de su aponeurosis.

Mientras se separaban ampliamente los bordes de la herida, se buscó la tuberosidad del isquion y el borde interno del biceps; á dos c. m. próximamente del primero, por debajo del segundo y sobre la cara posterior del cuadrado crural apareció el gran ciático; una vez aislado con su pequeña arteria satélite, se hizo el estiramiento, del centro á la periferia y de la periferia al centro; por último, tomándolo con los dedos índice y medio, se levanta el miembro para de este modo ser más enérgica la elongacion: estas maniobras duraron cinco minutos, en seguida se suturó á planes superpuestos y se hizo la misma operacion en el muslo homólogo.

A los siete dias se sacaron los puntos habiendo curado las heridas por primera intencion. A los quince dias sale de alta, operado, pudiendo caminar con mucha facilidad con un baston. El hombre achacoso y anciano ha rejuvenecido veinte años.

Para terminar, debo agregar que desde el momento de la operacion hasta hoy, han desaparecido por completo los dolores.

Buenos Aires, Marzo 31 de 1894.

Enfermedades en Tucuman durante los años 1892-94

Observaciones del Dr. Julio B. Valdez

Corresponsal del Círculo Médico Argentino

1892

Durante los meses de Enero, Febrero y Marzo, el paludismo ha presentado su mayor número de enfermos y bajo las variadas fases de esta infeccion.

Todos estos meses fueron muy lluviosos.

En los meses de Abril, Mayo, Junio y Julio, presentáronse tambien chuchentos, pero en muchisimo menor escala y en proporcion decreciente al acercarnos á Julio.

En estos meses dominaron especialmente las afecciones bronco-pulmonares, con más generalidad bronquitis benignas.

En los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, dominó por completo la influenza.

Las neumonias han sido mas frecuentes que en años anteriores, pero la mayor parte de las veces complicando á la influenza.

Segun la edad, la epidemia se inició por los niños, ocasionando la mayor parte de las veces bronquitis sumamente pertinaces. Casi no quedó una sola casa donde no hubiese niños enfermos de influenza. La reaccion muy febril, muy débil.

En dos se han manifestado primeramente convulsiones con una fiebre sumamente alta (hasta 40º con décimos).

Despues la epidemia invadió tambien á adultos y ancianos, observándose las formas mas variadas y que quedan especificadas en mi articulo de los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO y titulado *La Influenza en Tucuman*.

Las complicaciones que han dominado han sido especialmente las neumonias en los ancianos.

En la segunda quincena del mes de Octubre se ha observado la disenteria en los adultos y algunos casos de reumatismo crónico y uno de agudo mono-articular y localizado en la articulacion del pié izquierdo; este enfermo hacia poco que vino de Buenos Aires y nunca tuvo reumatismo, habiéndosele manifestado acá.

Cedió rápidamente al tratamiento especifico.

En este mes tambien he observado algunos casos de formas larvadas del paludismo, como dolores de dientes y supra-orbitarios.

No he examinado sino dos casos de chucho franco: uno cotidiano, en adulto, y otro terciano, en una señora anciana.

En el mes de Noviembre, se desarrolló una gastro-enteritis muy generalizada en las criaturas; tambien no fué rara la disenteria en los niños, adultos y ancianos.

En el mes de Diciembre, ha dominado por completo la disenteria.

1893

Enero.—He tenido oportunidad de examinar un enfermo de *atrofia amarilla aguda del hígado*.

Era un señor de treinta y tantos años, constitucion fuerte, alcohólico.

Lo examinamos en el período *toxémico*.

Hacia algunos dias que comenzó la enfermedad manifestándose por una coloracion amarillenta, que iniciándose por las escleróticas invadia despues todo el cuerpo.

En todo este tiempo podia entregarse á sus habituales ocupaciones, y aparentemente lo único que se notaba era mucha demacracion.

Acusaba un profundo abatimiento, hasta dos dias antes de fallecer; *lo que mas siento es mucha tristeza*, nos decia.

En el hígado acusaba mucho dolor á la presion.

Las encias y lengua fuliginosas.

La fiebre ha oscilado entre 38º.5 á 38º; relativamente muy baja.

El hígado muy atrofiado.

Dos dias antes de fallecer se quejaba de un relajamiento muy marcado del estómago y tuvo tres copiosas hematémesis.

Al siguiente dia (6) comenzó á mover el vientre en pequeñas cantidades de sangre y rara vez se repetian las hematemesis y en menor cantidad.

La última noche, hematemesis y melena se produjeron abundantemente y con mucha frecuencia.

Despues de algunas horas en este último estado comenzó á sentir dispnea y hasta fallecer conservó íntegra su facultad.

Febrero.—Este mes ha sido mas lluvioso que los anteriores. El paludismo ha sido la enfermedad dominante, ó me-

jor dicho, la única en todo el mes, habiéndose presentado en grado exagerado. A mas, he notado tambien mayor rebeldia para ceder á pesar de las fuertes dosis de quinina.

MARZO.—En este mes el paludismo ha llegado á su máximum, habiendo invadido extraordinariamente.

En todas las edades son atacados en proporcion considerable.

Hasta personas que hacia veinte años no habian tenido chuco, fueron atacadas este año.

Otros, que á pesar de haber vivido muchos años no habian tenido esta enfermedad, tambien pagaron su tributo á la endemo-epidemia reinante.

La forma más comun fué la intermitente, en seguida y por órden de frecuencia, la remitente y tifo-palustre.

No vimos ningun caso de perniciosa.

ABRIL.—El chucho ha descendido muchísimo.

En cambio se nota mucho reumatismo, relativamente, pues debo manifestar que esta enfermedad no es muy frecuente.

El paludismo casi siempre se ha pronunciado con un relajamiento muy acentuado del estómago.

MAYO.—El paludismo sigue descendiendo sensiblemente.

La tos convulsa se ha presentado en grandes proporciones.

Pero mas comunes han sido las bronquitis, que raras veces se han complicado de neumonias.

JUNIO.—Ha calmado la tos convulsa.

Siguen las bronquitis aun en los adultos que les determina efectos análogos á los de la tos convulsa, como hemorragias conjuntivales.

Los mismos accesos tenian una completa semejanza con los de la coqueluche.

Y todavia, para mayor semejanza, todo tratamiento era inseguro y muy lejos de producir pronta mejoria como en las bronquitis comunes.

En este mes se iniciaron las neumonias en los viejos con graves caractéres.

JULIO.—Estado sanitario muy satisfactorio, tan solo ligeras bronquitis.

AGOSTO.—Continúan las bronquitis y tambien algunos casos de neumonia que no revisten gravedad.

SETIEMBRE Y OCTUBRE.—La tos convulsa ha tomado nuevamente un desarrollo marcadísimo.

Esta epidemia ha invadido toda la provincia, pero felizmente no ha revestido gravedad.

Raras han sido las complicaciones sobrevenidas, y cuando se han presentado especialmente comprometian á los pulmones.

NOVIEMBRE Y DICIEMBRE.—El paludismo comienza á manifestarse bajo las formas francas y larvadas. Sin embargo, no en cantidad tan exagerada como en otros años, influyendo la rareza de las lluvias.

Tambien las gastro-enteritis han sido muy frecuentes en los niños en este último mes.

En los últimos dias se ha presentado el sarampion.

Monteros, Provincia de Tucumán, Abril 1894.

BROWN SEQUARD

Por el **Dr. B. Larroque,** de la Facultad de Paris

Ha muerto el fisiologista que tanto llamó la atencion de los hombres en estos últimos años.

Los trabajadores de la índole de Brown Sequard merecen una critica severa, y tenemos el deber de ocuparnos de lo que la posteridad dirá del maestro del Colegio de Francia.

Ante todo daremos una breve relacion de la vida del hombre de ciencia.

Cárlos Eduardo Brown Sequard, nació en Port-Louis, isla Mauricio, el 8 de Abril de 1817; era hijo de Edward Brown, de Filadelfia, y de una francesa. En 1838 fué á París á completar sus estudios y se recibió de doctor en medicina en 1840.

Desde entonces se dedicó á la fisiologia experimental y sucesivamente se ocupó de la composicion de la sangre, del calor animal, de la médula y sus enfermedades, del sistema muscular, de los nervios y de los gánglios simpáticos.

Fué nombrado el año 1864, profesor de fisiologia y de las enfermedades del sistema nervioso en la universidad de Havard.

Durante su profesorado publicó en inglés dos obras: la pri-

mera, *Lectures on paralysis of the lower extremities*, vió la luz en 1872; la segunda, *Lectures on functional affections*, en 1873.

Regresó á Francia el año 1869 y permaneció allí hasta 1873, en el cual volviendo á América fundó en Nueva York los *Archivos de medicina científica y práctica*. Finalmente, se embarcó de nuevo de América y el 3 de Agosto de 1878 se hizo cargo de la cátedra de fisiología en el Colegio de Francia, vacante por la muerte del ilustre Claudio Bernard.

Sus numerosas memorias le valieron en 1880 la condecoracion de la Legion de Honor, en 1882 el premio Lacaze, en 1885 el premio bienal del Instituto, en 1886 el sillon de Vulpian en la Academia de Ciencias; su nombre llegó á hacerse popular en el mes de Junio de 1889; por fin, cuando al año siguiente apareció una publicacion muy conocida, no se habló en la prensa del orbe entero más que del nuevo procedimiento para rejuvenecer al hombre, restituyéndole su virilidad por medio de las famosas inyecciones subcutáneas del líquido que más tarde llevó su nombre.

Su pretendido descubrimiento encontró mucho excepticismo en el mundo científico, pero no dejó de hacer sensacion entre los mismos médicos, y hay personalidades marcantes en el arte de curar que aceptaron con demasiado entusiasmo este hecho problemático, (no me refiero en nada á los que sin reserva y por pura especulacion se ampararon de esta *panacea* como de una mina excelente para la explotacion de la credulidad pública).

Veamos ahora cuál es el *bagaje* científico del profesor que hemos perdido, lo que nos ha dejado, si lo bueno compensa lo malo, y si el nombre de Brown Sequard es digno de pasar á la posteridad como el de un Claudio Bernard ó de un Vulpian. Seguramente es más conocido por sus ensayos extraordinarios no comprobados que por sus estudios sérios. Lo fútil, lo incierto ha casi eclipsado sus constantes trabajos, el resultado de meditaciones largas y profundas. Deduzcamos pues lo exacto que solo es duradero, el resto el tiempo lo destruye.

Querer dar una idea, aunque remota, del fisiologista, parece imposible; es preciso seguirlo en sus numerosísimos trabajos y principalmente en sus comunicaciones á la Sociedad de Biología, para formar un juicio justo.

Ha producido tanto, que nos es difícil deducir conclusiones:

por el momento me limitaré á mencionar los hechos más conocidos y algunos clásicos hoy en dia.

Los trabajos sobre los vaso-motores son interesantísimos y al echar una ojeada no perderemos nuestro tiempo.

Brown Sequard demostró el primero que no hay decusacion de los nervios vaso-motores á lo largo de la médula, puesto que en las hemiplegias de causa espinal las turbauciones vaso-motrices se observan como las de la motilidad, del mismo lado que la lesion medular y del lado opuesto, á los disturbios sensitivos. Creyó que lo contrario pasaba con los nervios vaso-motores que siguen á los cordones laterales, que como los nervios voluntarios se cruzan en el bulbo. Vulpian reconoció más tarde que esa decusacion parcial era un error de Schiff y de Von Bezold, hizo la hemiseccion del bulbo y encontró que en la cabeza las alteraciones vaso-motores eran del mismo costado.

La teoría de la dilatacion secundaria de Brown Sequard se refiere á que la excitacion de los nervios accionan, no en los vasos, pero sí en los órganos vecinos, determinando en ellos una *actividad nutritiva* mas grande, de la cual resultaria en los vasos una dilatacion secundaria por una especie de llamamiento de la sangre *vis a fronte*, segun Carpenter. Claudio Bernard, de Wittich, Heidenhain rechazaron esta teoria.

Conjuntamente con Tholozan, Brown Sequard hizo un experimento curioso que consiste en tener un termómetro en una mano y poner la otra mano en agua muy fria; la accion vaso-constrictora hace bajar el termómetro; efectivamente, el termómetro colocado en otra parte del cuerpo no varía. Vulpian no admitió este hecho como constante.

Claudio Bernard, en una demostracion muy conocida probó que el gran esplacnico contiene fibras vaso-constrictivas del riñon. Segun Brown Sequard, es por su excitacion refleja que se observa la disminucion de la secrecion urinaria y á veces la anuria, como se nota en los cólicos nefríticos.

Generalizando estas opiniones, quiso explicar ciertas parálisis *sine materia* que Graves llamaba parálisis reflejas, como se observa en las enfermedades del riñon, de la vejiga, del útero, ceguera consecutiva ó contusiones del frontal. Flourens habia dicho que la obliteracion de los pequeños vasos de una region de la médula determinaba la anemia de esta region y por consiguiente la abolicion en ese punto de las funciones

medulares; Brown Sequard admitió esa constriccion refleja de los pequeños vasos de la médula con sus consecuencias y explicó así las observaciones clínicas de Graves. Vulpian en una célebre discusion rechazó la existencia de esas parálisis reflejas que dependen de lesiones materiales desconocidos aún ó de la coexistencia de neurosis, histeria, epilepsia, etc. Siguiendo el mismo pensamiento que llama modificaciones del eje bulbo-espinal, Brown Sequard trató de explicar la tetanía, el calambre de los escribanos, el tétanos. Vulpian le negó la intervencion del aparato vaso-motor en la histeria, la hipocondria, la catalepsia, corea, parálisis agitante, etc.

Por lo que antecede es fácil comprender su teoría vasomotriz del ataque de epilepsia. Se produce, dice nuestro psicologista, una constriccion de los vasos de la cara (palidez) y de los hemisferios cerebrales (pérdida del sentido); la sangre desalojada del cerebro se acumula en la base del encéfalo y va á la médula (convulsiones). Vulpian niega esta teoría y cree que en el *ictus* epiléptico hay una modificacion de todos los elementos anatómicos del cerebro; la contraccion de los vasos no es el fenómeno inicial, sino el resultado de la excitacion de los centros nerviosos que producen las perturbaciones de los vasos-motores.

Basta con estas citaciones para dar un esbozo, aunque pequeño, de la importancia que Brown Sequard dió á los vaso motores.

En otro órden de ideas podemos decir que fué él en 1853 el primero que habló de la propiedad rítmica de la fibra muscular cardiaca; —demostró tambien que la temperatura ambiente modifica el poder reflejo, puesto que en la rana los movimientos reflejos son más enérgicos en verano que en invierno; ese poder es más fugaz durante la estacion cálida.

Brown Sequard observó la exageracion refleja despues de la muerte, cuando haciendo un corte del gran simpático cervical, afluía la sangre en mayor cantidad del lado seccionado. Esto lo condujo á descubrir que la electricidad del músculo depende de su composicion química y de su nutricion. En efecto, «si se inyecta sangre caliente ó un líquido alcalino en las arterias de un animal recien muerto, se puede sustraerlo durante cierto tiempo á la rigidez cadavérica»; la acidez del músculo produce la rigidez y su alcalinidad la rechaza.

Entre los venenos musculares el ácido carbónico aumenta la irritabilidad de los músculos *estriados*, produciendo su contraccion; por estas razones Brown Sequard pensaba que las últimas convulsiones de la muerte por hemorragia dependian de la acumulacion de este ácido en los tejidos. Este mismo ácido, según él, ejerce todavia más su accion sobre los músculos *lisos*, los cuales tambien se dejan contraer bajo la simple accion de la luz, como la pupila; comprobó esta asercion con el experimento de la anguila.

Para terminar con la cuestion de sus estudios sobre los músculos, tenemos que recordar que fué él quien insistió en los estudios tróficos que suceden á las lesiones de los centros nerviosos, como en las parálisis atróficas de la infancia la atrofia progresiva muscular.

En los estudios de los centros nerviosos sobre todo se hizo sentir el talento de Brown Sequard; los reduciré á algunas citaciones.

Deen, Stilling, Brown Sequard, negaron la excitabilidad de los cordones anteriores; si alguna tenian, la debian á las fibras radiculares correspondientes, pero Longet, Claudio Bernard, Chauveau, Schiff la justificaron.

Para Brown Sequard los cordones anteriores trasmiten impresiones sensitivas; Vulpian demostró verdaderamente esa excitabilidad por experimentos muy conocidos.

Me resta hablar todavia de los fenómenos de *inhibicion* de Brown Sequard, que son muy conocidos.

Las comunicaciones que hizo á ese respecto á la Sociedad de Biología, principalmente, son demasiado numerosas para repetirlas en un artículo como éste. Los que se interesen por estos estudios podrán acudir á los anales de las diferentes sociedades científicas de este fin de siglo.

Quiero terminar esta breve reseña por un hecho curioso de la vida del sabio Brown Sequard: es, que jamás se sometió á la teoría de las localizaciones cerebrales, fué su enemigo más acérrimo. En una série de comunicaciones á la Sociedad de Biología en 1876, basándose sobre observaciones clínicas negó por completo todo lo que se refiere á los descubrimientos de Broca, Fritsch, Hitzig, etc., y jamás quiso someterse al resultado que daban los experimentos fisiológicos. Su gran oposicion hizo adelantar estos estudios en los cuales se han distinguido los Vulpian, los Charcot y la escuela de la Salpêtrière

A pesar de tantas controversias, de tantas negativas, se siente aquí un hombre de mérito verdadero, que ha trabajado sin cesar, que ha cansado á sus contradictores por la masa innumerable de sus investigaciones en el dominio tan extendido de la fisiología y de la patología nerviosa.

¿Cómo es pues que este hombre serio haya venido á estrellarse en sus últimos años contra un imposible, contra una ilusion dorada, contra esa piedra filosofal de las quimeras de los viejos impotentes que llegan al fin de la vida cuyo desenlace obedece á la ley fatal de la destruccion? El cuerpo se ha consumido, nuestro organismo fatigado y usado llega á su postrer descanso. No es la primera vez que se ha tratado con elixires de larga vida prolongar lo que en vano queremos impedir que caiga en ruina.—¡Qué importa para nosotros esos pocos dias de vida cuando la existencia se apaga sin luz, sin inteligencia! Es lo que debia pasarle á este maestro; ¡cuántas reminiscencias de practicante me vienen á la memoria cuando recuerdo las comunicaciones de Brown Sequard en esta última decena de años!—El hombre era viejo, no era el sabio de otros tiempos, no se sentia más su raciocinio enérgico en sus comunicaciones y uno se preguntaba si era el mismo profesor de genio de antaño.

Llegó á la celebridad y fué en parte víctima de su rápida reputacion. Acudian tan numerosos clientes que querian *vivir la vida*, que no lo dejaban descansar. Tuvo que cerrar su puerta y bajo su proteccion se levantaron nuevos consultorios nuevas clínicas, en donde con asombro todas las afecciones se curaban por medio de la panacea en moda.

El remedio *cuniculino* no bastó; se fundaron entonces fabricantes de líquidos de varias especies y los investigadores inyectaron bajo la piel de los humanos líquidos orgánicos de todas clases. Muchos han sufrido y han hecho sufrir á los pacientes; yo mismo ensayé y con pesar ví á mis pobres enfermos sentir la misma decepcion que con el líquido de Koch.

Hoy la furia de inyectar el líquido Brown Sequard ha cesado y todo parece entrar en el camino del olvido; el estimado profesor en sus últimos dias habrá experimentado una profunda tristeza al prever la próxima decadencia de su pretendido descubrimiento. Menos feliz que el Fausto de Goethe, no habrá podido ver realizar los sueños encantados del célebre doctor.

En resúmen, creemos á un error, á una precipitacion del gran profesor del colegio de Francia; esto no mancha su pasado y quedará á pesar de todo un fisiologista que sino alcanzó á los Flurens, Claudio Bernard y Vulpian, al menos legará á la posteridad el ejemplo de una labor asidua, á veces recompensada por algunos descubrimientos suyos de hechos fisiológicos reconocidos hoy por la generalidad de los investigadores.

B. LARROQUE

Buenos Aires, Abril de 1894.

Estudios sobre el virus vacínico

Por el **Dr. Buttersack**

DE LA OFICINA IMPERIAL DE SANIDAD DE BERLIN

Conferencia leida en la Sociedad de los Médicos del Hospital de Caridad

En medio de los trabajos actuales sobre inmunidad, era natural que interesara de nuevo la atencion el virus vacínico, así como el gérmen de la viruela. El autor se propuso el estudio del primero, y da cuenta de sus resultados en la conferencia que nos proponemos extractar para los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO, por el interés indisputable que se revela en ella.

Para todos los investigadores debe hallarse el virus vacínico en la pústula. Las dificultades que el autor ha considerado como capaces de oponerse á su descubrimiento, podian ser de un lado, la pequeñez del gérmen é imposibilidad consiguiente para reconocerle por debilidad de nuestros medios ópticos actuales, ó por otro lado, el poder de refraccion de los elementos de la vacuna, teniendo como tienen éstos un poder de refraccion de igual exponente.

Por medio de estudios diferenciales sobre la refraccion llegó á convencerse, que el virus vacínico seria visible toda vez que se hallara alojado en un medio de exponentes de diferente refraccion, resolviéndose finalmente á incluirle en el aire con un índice de 1,0, es decir, á observarle en seco, método empleado ya por Koch con el objeto de descubrir pestañas.

El material fué recogido por el autor de las pústulas de los niños vacunados en uno de los términos de la ley. Incindidas las pústulas con un pequeño cuchillo, se tomó la linfa en un cubre-objeto y se fijó por medio de cera. Desecada la linfa fué observada con un lente apocromático de Zeiss. Los precipitados, tales como sales y sustancias albuminoideas, que recubrian con una delicada capa el preparado, disolviéronse suficientemente en agua.

Despues de haberse orientado suficientemente, el autor percibió en el campo de observacion, creyendo corpúsculos pálidos blancos de un mismo color, ordenados en parte en forma de cadena, desde luego hallarse en presencia del microorganismo de la viruela. Pero con el ejercicio de la observacion notó una finísima red compuesta de hilos finos y delgados. Estos hilos ó filamentos, presentaban el mismo ancho, permitian seguírseles en larga extension, conteniendo en muchos preparados y en número considerable los pequeños corpúsculos tenidos al principio por el autor como cocos de la viruela. La comparacion con la marcha clínica de las pústulas le reveló que los filamentos se encontraban en las pústulas que comenzaban su desarrollo y en aquellas que lo habian alcanzado completamente, mientras los corpúsculos se presentaban pasado el máximum de desarrollo, en tanta mayor cantidad, cuanto más habian desaparecido los filamentos.

En los revacunados presentáronse estas circunstancias de una manera más pronunciada en virtud de la mayor rapidez del proceso. Aquí encerraban las pústulas al 7º y 8º dia exclusivamente los pequeños corpúsculos y solo pudo conseguirse reconocer aquí y allá con trabajo fragmentos de un filamento. Por el contrario, las pústulas de un vacunado de 20 años, que por casualidad habia escapado á las dos vacunaciones prescriptas, contenian los filamentos de la manera más hermosa.

Más tarde, y á pedido de Buttersack, pidió la oficina de sanidad tubos de linfa á los diferentes Institutos que la preparan con y sin glicerina. En esta última no dejaron de encontrarse jamás los filamentos.

Dadas las observaciones practicados gradualmente sobre un número de 100 niños, siempre con el mismo resultado, fué el autor inducido á reconocer en estas formaciones una característica de las pústulas de la vacuna, en forma viva, y esto

tanto más, cuanto que aquí no faltaron jamás, no hallándoseles por otra parte en líquidos albuminosos de toda clase.

Como era consiguiente, surgió la cuestion del cultivo de estas formas. El autor no podia prometerse nada de los medios nutritivos usados por haber permanecido hasta ahora sin resultados todos los ensayos hechos para obtener cultivos del virus vacínico. Además, parecíale al autor dudoso que, dado el desarrollo de este gérmen en nuestros medios, conservara en éstos su virulencia. Probó en consecuencia el virus en el animal introduciendo en el tejido subcutáneo de un ternero linfa artificial.

Despues de tres ó cuatro dias desarrollóse una fuerte inflamacion de la piel, en cuyo jugo fué fácil reconocer los filamentos. Pasado este jugo á otros animales, produjo de nuevo las mismas infiltraciones que el material comun usado en la vacunacion, consiguiendo desarrollar en tres inoculados pústulas típicas de la vacuna.

Con esto podia suponerse hecha la demostracion de la virulencia de los filamentos, pero podia hacerse el argumento de que fueran los filamentos cuerpos albuminoideos, ocultándose entre tanto el verdadero virus vacínico.

Contra esta argumentacion eventual, el autor presenta una série de diferencias, que prueban lo caracteristico del virus. Además, inoculándoselo él mismo en un brazo, é inoculándoselo á dos de sus amigos, le ha sido posible cerrar la cadena del desarrollo y probar la relacion consiguiente entre los esporos y los filamentos.

Con el objeto de hacer sus estudios en enfermos de viruela, dirigióse el autor á Praga, donde le fué posible observar en los casos recientes, desarrollo de filamentos y en los no recientes, desarrollo de esporos. Dieron el mismo resultado otros dos casos observados en Gera y en Hamburgo. Inoculado el material varioloso en terneros dió lugar á infiltraciones provistas de iguales filamentos, á los de la linfa comun. Inoculóse él mismo, pero sin resultado, debido al hecho de haberse inoculado varias veces anteriormente, siguiendo sus experimentos. Pero en sustitucion de este experimento y como un complemento, se presenta el de Fischer, quien inoculó por tres veces á su sobrino con resultado positivo, la linfa de la viruela, pudiendo con esto considerarse cerrado el círculo de los hechos.

El trabajo que reasumimos, será sin duda consultado en su fuente original (1), por los que quieran, favorecidos con un material adecuado, comprobar los experimentos enumerados y hacer otros nuevos. Hallarán en este trabajo cuatro fotogramas que contribuyen á ilustrar el estudio.

SUSVIELA GUARCH.

Buenos Aires, Abril de 1894.

PNEUMOCOCCIA PULMONAR ATENUADA

A propósito de una leccion del profesor Grasset

Señor Director de los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO.

En una interesante leccion del profesor Grasset, publicada en el núm. 14 de la *Semaine Médicale* (pág. 105), encuentro la siguiente frase: «Enfrente de la *pneumococcia pulmonar ordinaria* (pneumonia franca) que este año ha sido relativamente rara, hemos estudiado particularmente, en numerosos sujetos, la *pneumococcia torácica atenuada*, que nos parece ser nuestra antigua fluxion de pecho catarral y que comprende la pneumónia abortiva de Charcot y la febrícula pneumónica de Bernheim, la congestion pulmonar de Woillez y la congestion pleuropulmonar de Potain (en ciertos casos), ciertas bronquitis y ciertas broncopneumonias ligeras.»

Ahora bien, en mi tésis inaugural sostenida en Mayo de 1892 y bajo el título «Infecciones anómalas de los órganos respiratorios», he estudiado las diversas formas atenuadas cuyo nombre acabo de citar en la leccion del profesor Grasset, y en ese mismo trabajo sostuve lo que veo ahora netamente formulado por este clínico eminente, es decir, que ellas eran muy probablemente debidas al pneumococcus de Fränkel atenuado. Por lo demás, no era esta una opinion infundada, puesto que se basaba en el resultado de las investigaciones bacteriológicas practicadas por mí en un caso de pneumonia abortiva y otro de espleno pneumonia.

Entiendo que todo esto pasó enteramente desapercibido

---

(1) «Berliner Klinische Wochenschrift», núm. 9.

para los pocos que me hicieron el honor de leer mi trabajo, si bien uno de estos casos fué citado en una memoria publicada por el doctor Queyrat en la *Gazette des Hôpitaux* (18 de Junio 1892, núm. 70); es por esto que deseo recordar mi exposicion de entonces, corroborada hoy por tan grande autoridad, sin querer promover cuestiones de prioridad que considero siempre ociosas y que no tendrian razon de ser en el caso presente puesto que solo se trata de una simple referencia del profesor Grasset, á quien tuve el honor de dedicar un ejemplar de mi tésis. Por otra parte, ya Germain Sée, Kühn Rendu y otros autores, habian sostenido que la llamada congestion pulmonar simple no era sino una pneumonia abortada.

Al identificar yo en ese trabajo, como parece hacerlo hoy el profesor Grasset, la fluxion del pecho catarral de Montpellier con la congestion de Woillez, la pneumonía abortiva de Charcot y Sée, la febrícula pneumónica de Bernheim., etc, sostuve su naturaleza pneumocóccica, así como la de la espleno pneumonia que, á mi juicio, debia confundirse con la congestion pleuro-pulmonar de Potain.

Citaré los principales de los párrafos pertinentes.

«Lo que algunos autores han llamado congestion pulmonar idiopática y que se acompaña de los síntomas que hemos estudiado en el primer capítulo ¿es realmente una congestion pura y simple? Así lo sostienen muchos de los que de ella se han ocupado, pero hay otros,y no por cierto de los de menos notoriedad científica, que usan el nombre, pero que no afirman la doctrina que él pareceria encerrar», (pág. 75).....

..... «Sabemos, por otra parte, que el pneumococcus es una de los bacterios que conserva màs difícilmente su virulencia; es bien conocido el hecho de que ella se agota á los siete dias en los medios sólidos de cultura, y en los laboratorios, para mantener los cultivos, es preciso hacer una renovacion casi incesante. Pierde su actividad cuando ha estado sometido á una temperatura de 42º. Sábese tambien que la vacunacion es fácil de practicar en los animales, y Netter ha demostrado que una pneumonia confiere la inmunidad por dos ó tres años, por lo menos, á pesar de que el microbio se encuentra en mucha mayor cantidad y durante largo tiempo en la saliva de los que han padecido esa enfermedad. Fränkel, Netter y varios observadores han de-

mostrado por fin que el pneumococcus varia considerablemente de virulencia en las distintas épocas y aun por causas enteramente ignoradas.

«¿Hay despues de estos datos biológicos del pneumococcus, algo más fácil que admitir esas formas atenuadas de pneumonia? Pneumococcus atenuado ú organismo muy resistente, alguna otra razón, quizá? no lo sabemos positivamente, como lo ignoramos tambien para otras enfermedades. Tampoco sabemos por qué el tifus es abortivo en éste y espantosamente grave en aquél y por qué hay viruela discreta en un caso y confluente ó hemorrágica en otro.» (pág. 79 y 80).....

.....

.....«Por todas estas razones, los casos negativos de Jaccoud no me imponen conviccion alguna enfrente de los hechos positivos de que he de hablar luego..... Como se habrá visto en la observacion II, yo he encontrado en los esputos de este enfermo el pneumococcus de Fränkel, y aunque no tuve tiempo de practicar inoculaciones ó de hacer culturas, estoy perfectamente seguro de que se trataba de ese microorganismo...

D'Espine y Picot citan dos casos en que han hecho la misma constancia», (pág. 82 y 83).....

.....

Más adelante decia:

«Lo que he dicho de las razones que tenia para considerar como infecciosas las formas abortivas, se aplican acá igualmente (tratándose de la espleno pneumonia y la pleuro-congestion de Potain): solo puedo aceptar la idea de congestiones reflejas simples en los casos enteramente apiréticos y en que toda la afeccion se reduce en suma á los fenómenos pulmonares, sin reaccion general; los otros no pueden provenir sino de una infeccion, *sea por el pneumococcus, como pareceria indicarlo el caso de nuestro enfermo* (V. obs. III), sea por otros microbios», (pág. 84).

Y luego añadia en las conclusiones (pág. 87):

«Todas estas afecciones son determinaciones infecciosas (dejando de lado simples hiperemias pulmonares reflejas, sin fiebre ni reaccion general). Quizá ellas no son producidas por un microbio específico; pero el pneumococcus de Fränkel, si no es su agente constante, obra por lo menos en muchos

casos y especialmente en las formas abortivas, pseudoneumónicas.»

Agradeciendo al señor Director la publicidad que espero querrá dar á esta carta, me es grato saludarlo, etc.

G. ARAOZ ALFARO

Buenos Aires, Abril 5 de 1894.

REVISTA CIENTÍFICA

Por el **Dr. Perez Iglesias**

La conferencia de Dresde.—Saneamiento de los líquidos infectados, por medio de la electricidad.—Declaracion obligatoria de enfermedades infecciosas. Catapliosesis y bi-electrólisis.—Experiencias del doctor Luys, á propósito de la paleosidad eléctrico-animal.—Impugnaciones á las dichas experiencias.—¿Será ó no verdad?—Premios y concursos.—El Dr. S. Pozzi.

Nuestros lectores recordarán que en Enero de 1892, tuvo lugar una conferencia sanitaria internacional en Venecia, á objeto de unificar opiniones á propósito de las medidas que debian tomarse para evitar la importacion del cólera morbo asiático, en Europa. Las conclusiones que allí se adoptaron, son hoy ley, y á consecuencia del éxito obtenido, el Austria-Hungría provocó otra conferencia inaugurada el 11 de Marzo de 1893, en Dresde, cuyo tópico á discutirse era el siguiente:

Suponiendo que el cólera haya penetrado en cualquier Estado europeo ¿qué conducta y cuáles son las reglas que deben adoptarse bajo el punto de vista de pasajeros y mercaderias, para evitar la intromision del terrible flajelo á los otros Estados?

Las opiniones se dividieron como siempre, y fué punto de litigio la cuestion cuarentenas, que como anteriormente se habia demostrado en Venecia, resultaron simples trabas ó medios coercitivos y damnificadores para el comercio, sin resolver en absoluto el punto de inmunidad.

Tras discusiones científicas y negociaciones diplomáticas, pudo al fin arribarse á conclusiones definidas, que firmaron las potencias que habian tomado parte en la convencion, mé-

nos Portugal, Grecia y Turquia, que se han encerrado en el antiguo régimen cuarentenario. Hé aquí las conclusiones de la conferencia de Dresde:

1º. Queda prohibido el paso de lienzos que hayan servido, y ropa que se haya usado, de la comarca infestada á otra cualquiera que no lo esté.

2º. Queda igualmente prohibido el tráfico de trapos, etc., de comarcas infestadas á las que no lo sean.

3º. Será obligatoria la desinfeccion en los equipajes que contengan ropas súcias, vestidos, piezas de lienzo y objetos que provengan de una circunscripcion infestada y que se consideren como peligros por las autoridades locales.

4º. Quedan abolidas las cuarentenas terrestres, y solo los coléricos ó los enfermos con síntomas coleriformes pueden ser aislados y detenidos en la frontera.

5º. El régimen á seguir en los puertos con los barcos que tengan cólera á bordo, ó lo hayan tenido durante siete dias, consistirá:

1º. En desembarcar y aislar los enfermos.

2º. En desembarcar el resto del pasaje, si es posible sometiéndosele á una observacion máxima de cinco dias.

3º. Desinfeccion de las ropas súcias, y del barco ó parte de él infectada.

4º. Sumision á régimen especial á los barcos de cabotaje á las zonas fronterizas y los emigrantes, peregrinos, bohemios, etc., etc.

Como se vé, entramos ciertamente en el período de aplicacion ó práctico de la teoria microbiana, suprimiendo procedimientos como las cuarentenas, formalmente condenados por la ciencia y la ley de humanidad y de gentes.

El procedimiento de Webster, ensayado en 1891 por su inventor en Peckham y en Salford, que tiene por objeto el saneamiento de los liquidos infestados de las cloacas, á favor de la electricidad, ha vuelto á ensayarse en el Havre y en San Sebastian, con magníficos resultados.

Las experiencias más concluyentes se han llevado á cabo en Diciembre de 1893, por el químico Hermite, de Paris, en las

aguas inmundas del barrio de San Francisco en el Havre, cuya fama de malsana es proverbial en dicho puerto.

El principio de la desinfeccion consiste en tratar las materias sépticas por un líquido de muy grande poder antiséptico, obtenido por la electrólisis del agua de mar, en un aparato que el autor llama *electrolysor*, y en defecto de dicha agua, por la accion de la electricidad sobre una solucion de cloruro de sodio y de magnesio.

La fórmula química se deduce de la ley de Faraday, en virtud de la que, *cuando se hace pasar una corriente eléctrica en una disolucion acuosa de un cloruro, éste se descompone así como el agua, formándose en el polo positivo, un compuesto oxigenado de cloro muy inestable y dotado de un gran poder de oxidacion.*

En el polo negativo se forma un óxido que precipita ciertas materias orgánicas.

Duclaux y Chantemesse, han demostrado el poder antiséptico del agua de mar electrolizada, puesto que descompone por una parte las materias orgánicas, y por otra mata los microbios abandonando su oxígeno á los *anaerobios* y por la accion química de este gas al estado naciente, sobre las células microbianas, oxidando las materias grasas que contiene en tanta cantidad.

Los brillantes resultados obtenidos tanto en Inglaterra, Francia, España, cuanto en New-York, parece que nos incitan á recomendar dicho proceder á nuestras autoridades, que á más de racional, es muy barato en su ejecucion, máxime entre nosotros, en donde las usinas de electricidad no escasean.

A consecuencia de la ley de 30 de Noviembre de 1892 á propósito del ejercicio de la medicina en Francia, el ministro del Interior, asesorado por la Academia de Medicina declara, como enfermedades infecciosas de que debe dar cuenta el médico al alcalde de barrio, las siguientes:

Cólera y enfermedades coleriformes, fiebre tifoidea, tifus exantemático, viruela y variolaide, escarlatina, difteria, miliar, peste, fiebre amarilla, disenteria, fiebre puerperal, (cuando no lo impide el secreto del embarazo) y la oftalmia de los recien nacidos.

No es muy larga la lista, y sin embargo, como se ve, abarca as grandes entidades contagiosas. Quizás se prestase á co-

mentarios y críticas; pero, en fin, nada hay perfecto, y lo menos imperfecto es prudente apoyarlo.

Edison, el gran hombre de la electricidad en nuestro siglo, habia dado cuenta al congreso internacional de ciencia médicas en 1890, de que en cuatro dias habia curado un gotoso de sus tofus de las manos, por la inmersion de éstas en una solucion de carbonato de lithima, á través de la cual pasaba una corriente continua.

Ante resultado tan extraordinario, claro es que la atencion de muchos sabios se fijó en este punto, pero el trasporte de los medicamentos por la electricidad, ó sea la Cataphoresis, no tuvo al fin exito, por no haberse comprobado la experiencia de Edison por otros observadores.

Sin embargo el Dr. Foveau de Courmelles, ha hecho trabajos en este sentido, y á juzgar por el informe producido por Dr. Reau ante la Academia de Medicina, el 8 de Noviembre de 1892, parece que la *bi-electrolisis* está llamada á ser mucho en medicina.

Parece, en efecto, que las corrientes eléctricas que pasan por líquidos medicamentosos y atraviesan el cuerpo humano, llevan á él modificaciones importantes que se producen por dobles descomposiciones y cuyo resultado final es la produccion de cuerpos en estado naciente, dotados de propiedades curativas excepcionales.

Todas estas experiencias á pesar de venir de fuentes serias, merecen en mi opinion, acojerse con prudente reserva y sin olvidarlas, no alucinarse ni penetrar en el campo de las aventuras, cuyos resultados prácticos no son siempre tan halagüeños como parecen á priori.

El Dr. Luys, de Paris, parece que en una série de experiencias verificadas en la Charité, ha descubierto que ciertos sujetos hipnotizados, poseen una agudeza visual tan grande, que perciben los efluvios magnéticos que se escapan del cuerpo humano.

Segun dichos sujetos, el hemisferio cerebral izquierdo de

un perro recientemente sacrificado, desprende efluvios azules; el derecho de color rojo, y el medio del cerebelo, de color amarillo.

El Dr. Luys, encomienda el medio á objeto de estudiar las corrientes magnéticas del cuerpo humano, y siente un entusiasmo extraordinario al decir que puede demostrarse la notable facultad visual de esos seres privilegiados.

Las afirmaciones del eminente médico francés, nos recuerdan otras del notable Cookes (de la Sociedad Real de Lóndres) á propósito de la célebre Mlle. Cookes y su Katie-King.

¡Lástima que no fuese verdad tanta belleza!...

Con efecto: no bien el sabio francés da cuenta de sus descubrimientos, cuando M. Ernest Hart, atraido por lo extraordinario de las experiencias, asiste á ellas y con el espíritu del sagaz observador, sospecha primero y comprueba despues, que el Dr. Luys ha sido víctima de cómicos consumados, cuyo arte de fingir y mentir era realmente lo único prodigioso en todo aquello.

Hart ha comunicado extensamente el resultado de sus experiencias de comprobacion al «Medical Record», de Enero del presente año, donde mis lectores aficionados al mesmerismo encontrarán la relacion con sus correspondientes detalles.

Como corolario se desprende en este asunto de *magnestismo animal, fuerza psíquica* y *demás prodigios de las ciencias ocultas*, que por el momento no tienen aun carta de ciudadania científica, y por tanto el observador prudente no puede sino tener tal cuestion en el número de las que por el momento son del dominio de los magos, prestidigitadores, etc.

Yo no dudo que existan fuerzas que nosotros no conocemos ni podemos aplicar; que realmente todo lo que entre magnetizadores, espiritistas, etc., se ha hecho hasta hoy, no convence, *sin una gran dosis de credulidad y una buena parte de sugestion.*

Entre los premiados á fin del año 1893, por la Academia de Medicina de Paris, figura el Dr. S. Pozzi, cirujano del Hospital Broca, y una de las más potentes columnas de la Ginecologia europea.

El que ha seguido en Broca sus cursos, puede darse cuenta de lo brillante que es Mr. Pozzi en sus juicios y en sus leccio-

nes. Yo que á mas de discípulo tengo el honor de ser su amigo y haberle asistido en las operaciones particulares, he podido apreciar las condiciones de dicho cirujano, que se pueden sintetizar diciendo que es un maestro en ginecologia para el que la palabra *dificultad*, se ha borrado hace tiempo de su *diccionario*.

Que el notable profesor continúe trabajando con el celo de siempre, y los hombres de ciencia le sigan alentando en su empresa con las altas distinciones que le han sido concedidas á pesar de no encontrarse entre el número de los decanos del arte.

Buenos Aires, Abril 5 de 1894.

BIBLIOTECA DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Obras entradas en el mes de Marzo de 1893 Por compra:

Blanche R., «Clinique et thérapeutique infantiles	2	tomos,	edicion	189
Mathieu A., «Neurasthénie» (épuissement nerveux»)	1	»	»	»
Talamon Ch., «Appendicite et Pèrityphlite»	1	»	»	»
Monod et Jayle, «Cancer du sein»	1	»	»	»
De Molènes P., «Traitement des affections de la peau»	2	»	»	»
Testut L., «Anatomie Humaine»	2	»	»	1893
Farabeuf et Varnier, «Introduction á l'étude des accouchements»	1	»	»	»
Grasset J., «Leçons de Clinique Médicale»	1	»	»	1891
Laborde J. V., «Traité elementaire de physiologie»	1	»	»	1893
Mesnet E., «Le somnambulisme provoqué et la fascination»	1	»	»	1894

CONCURSO NACIONAL DE MEDICINA PARA 1896

REGLAMENTO

El Círculo Médico Argentino, resuelve:

Artículo 1º. Celebrar en 1896, un Concurso Nacional de Medicina, de acuerdo con las siguientes bases:

(*a*) Los temas del concurso serán libres y podrán presentarse trabajos de personas que residan en cualquier punto de la Argentina; entendiéndose que son trabajos de concurso: memorias inéditas sobre medicina, piezas anatómicas, preparaciones histológicas, anátomo-patológicas, plásticas, instrumentos, aparatos, etc., que no hayan sido entregados al público antes de la fecha del concurso.

(*b*) Los trabajos serán dirigidos al Presidente del Círculo Médico Argentino; entregados en secretaría antes del 10 de Abril de 1896, sin que por ningún dato ni referencia pueda deducirse los nombres de sus autores.

(*c*) Cada trabajo vendrá embalado y en su rótulo tendrá el nombre de la seccion del concurso á que por su naturaleza corresponda.—En sobre cerrado y lacrado constará el nombre y domicilio del autor.—Este sobre tendrá la misma leyenda que el trabajo á que se refiere, y será conservado por la Comision Directiva para ser abierto despues de pronunciado el jury, siempre que corresponda á algun trabajo premiado.

(*d*) Cada aparato, pieza anatómica, preparacion histológica, anátomo-potológica, plástica, instrumento, será acompañado de una memoria descriptiva.

(*e*) Todo trabajo premiado es propiedad de la Asociacion. (1) Queda establecido que el Círculo Médico Argentino no costea publicacion de memorias ni confeccion de instrumentos premiados.

(*f*) Los trabajos no premiados serán devueltos á sus autores.

---

(1) Se refiere al original.

Art. 2º. El jury se compondrá de nueve personas de reconocida competencia en las ciencias médicas, y será nombrado, por la asamblea de entre una lista de veinticinco, propuestos por la Comision Directiva, y en él actuarán como secretarios dos miembros de la Sociedad nombrados por la asamblea.

Art. 3º. De la misma lista de veinticinco personas, la asamblea nombrará seis sustitutos, los cuales podrán ser llamados por los titulares cuando éstos se crean insuficientes en número para resolver el mérito de los trabajos presentados.

Art. 4º. Para facilitar la distribucion y estudio de los trabajos del concurso, se establecen las siguientes divisiones, á cada una de las cuales corresponden los premios que se expresan:

Anatomía patológica, histología, piezas histológicas, sifilografía, dermotología.—Premio del señor Gobernador de la Provincia de Córdoba, acordado por decreto de Julio 6 de 1893 (consistente en una medalla de oro); medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Patología interna, clínica médica, enfermedades de niños.—Premio Etchepareborda (consistente en la colección de cien tomos del Diccionario de Dechambre); medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Ginecología y Obstetricia—Medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Patología externa, clínica quirúrgica, medicina operatoria, instrumentos, aparatos.—Medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Medicina legal, toxicología, terapéutica y química aplicada á la medicina.—Premios: Medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Higiene, demografia, epidemiologia, geografia médica. Premios: medalla de oro, medalla de plata, medalla de cobre, diploma.

Enfermedades nerviosas y mentales, historia de la medicina. Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Anatomia, fisiologia, preparaciones anatómicas. Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Oftalmologia, laringologia, rinologia, otologia, odontologia.

Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Ciencias auxiliares de la medicina. Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma,

Art. 5º. Si los trabajos de algunas secciones no merecieran los premios asignados, éstos podrán ser adjudicados por el jury á trabajos de otras secciones; y si en algunas de éstas no bastaran los premios que se establecen por ser muchos los trabajos que á ellas se hubieran presentado, el jury podrá aumentar su número y lo hará constar así en su veredicto.

Art. 6º. El premio acordado por el Gobierno de la República, por decreto de fecha Julio 12 de 1893, será adjudicado al trabajo que á juicio del jury sobresalga de una manera notable entre todos los presentados al concurso.

Art. 7º. El veredicto será presentado á la C. D. del Círculo Médico Argentino el 1º de Junio de 1896, firmado por todos los miembros del jury, y especificando por cada seccion del concurso cuáles son los trabajos premiados y la categoria de los premios acordados.

Art. 8º. La C. D. en presencia de este veredicto procederá á abrir los sobres que correspondan á los trabajos premiados; comunicará su resultado á los gobiernos y demás personas que hubieran acordado premios y fijará dia para su distribucion en acto público.

Art. 9º. Todas las medallas irán acompañadas de diplomas con la firma de los miembros y secretarios del jury, presidente y secretario de la Sociedad.

Estas medallas llevarán las siguientes inscripciones: En el anverso: «Círculo Médico Argentino», y en el reverso: «Concurso Nacional de Medicina, 1896». Tendrán como peso efectivo media onza.

Art. 10. Solicítese de la prensa de la República la insercion de este reglamento; circúlese á todos los médicos, hombres de ciencia y estudiantes de medicina de Buenos Aires y provincias.

Buenos Aires, Marzo 15 de 1894.

Alejandro E. Amoretti
Manuel A Zavaleta
Domingo M. Cremona
Secretarios.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Febrero de 1894

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	17	7	24
Sarampion	1	1	2
Escarlatina	3	3	6
Coqueluche	3	5	8
Difteria	8	11	19
Crup	7	1	8
Angina diftérica	2	3	5
	41	31	72
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	64	47	111
» meningea	2	2	4
» intestinal	1	—	1
» del abdomen	—	1	1
» de la laringe	1	—	1
» del mesenterio	—	3	3
Escrofulosis	—	1	1
Sifilis infantil	1	2	3
» en adultos	1	—	1
Cáncer	6	3	9
» del estómago	5	1	6
» del hígado	2	4	6
» del píloro	2	—	2
» del intestino	—	1	1
» de la matriz	—	1	1
» del útero	—	2	2
» de la cara	1	—	1
» del cuello	1	—	1
» del maxilar	1	—	1
» del pulmon	1	—	1
Reumatismo	—	1	1
Raquitismo	1	—	1
	90	69	159
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	7	5	12
Apoplegía	4	2	6
Hemorragia	9	9	18
Anemia	1	1	2
Meningitis	47	35	82
Meningo-encefalitis	5	—	5
Encefalitis	2	2	4
Cirrosis medular	1	—	1
Derrame cerebral	1	1	2
Hidrocefalia	3	2	5
Mielitis	3	1	4
Reblandecimiento cerebral	1	1	2
Tumor cerebral	1	—	1
Tétano traumático	2	—	2
Tétano infantil	18	5	23
Epilepsia	—	1	1
Eclamsia	—	1	1
Eclamsia infantil	4	6	10
Parálisis general progresiva	3	—	3
Alcoholismo	5	—	5
Edema del cerebro	1	1	2
Contusion cerebral	—	1	1
Ataxia locomotriz	1	—	1
Paraplegia	1	—	1
	120	74	194
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	3	1	4
Endocarditis	3	3	6
Aneurisma de la aorta	5	1	6
Hemorragia	3	1	4
Angina de pecho	2	—	2
Vicio orgánico al corazón	39	13	52
Ateromasia arterial	—	2	2
Miocarditis	2	1	3
Hemofilia	1	—	1
	58	22	80
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	1	—	1
Bronquitis	9	5	14
Bronco-neumonía	19	18	37
Neumonía	19	11	30
Pleuro-neumonía	5	2	7
Pleuresía	2	1	3
Congestion pulmonar	3	2	5
Edema de la glotis	2	—	2
Apoplegia pulmonar	1	—	1
Neumotórax	2	—	2
Estenosis de la glotis	—	1	1
	63	40	103

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Dilatacion del estómago	1	—	1
Gastritis	1	4	5
Gastro-enteritis	53	47	100
Atrepsia	12	20	32
Fiebre gástrica	1	1	2
Indigestion	3	—	3
Enteritis	29	19	48
Entero-colitis	4	8	12
Disenteria	1	1	2
Oclusion intestinal	4	1	5
Tiflitis	1	—	1
Tumor abdominal	—	1	1
Cólico miserere	—	1	1
Peritonitis	9	2	11
Cólera infantil	1	2	3
Hernia	1	1	2
Hepatitis	—	5	5
Icteria	—	1	1
Esclerosis del hígado	1	—	1
Atrofia	1	—	1
Abceso	2	1	3
Peritiflitis	1	—	1
Glositis del hígado	3	1	4
» atrófica	2	—	2
	131	116	247
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	1	1	2
Cistitis crónica	1	—	1
Ovaritis crónica	—	1	1
Uremia	2	—	2
Nefritis	7	3	10
Salpingitis	—	1	1
	11	6	17
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	—	1	1
Gangrena	5	—	5
	5	1	6
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Osteo-sarcoma	1	—	1
	1	—	1
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	2	2
Hemorragia	—	1	1
Metritris	—	1	1
	—	4	4

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion	11	1	12
» » sofocacion	—	1	1
Heridas	11	3	14
» por arma de fuego	2	—	1
Insolacion	1	—	2
Ustion	3	3	6
Repentinamente	2	—	2
Intoxicacion saturnina	—	3	3
Rabia	1	—	1
Contusiones	2	—	2
Sincope	—	1	1
Traumatismo	4	—	4
Fracturas	5	—	5
Chock traumático	1	—	1
	43	12	55
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	6	10	16
Nacidos muertos	52	40	92
Icteria	—	1	1
	58	51	109
E Sin clasificacion			
Anemia	2	—	2
Cistenia	—	1	1
Consuncion	1	6	7
Hidropesia	—	1	1
Inanicion	2	1	3
Septicemia	2	1	3
Senectud	2	8	10
Caquexia	—	1	1
Marasmo	3	2	5
Neoplasma	1	—	1
Sin especificacion	3	1	4
	16	22	28

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
637	448	1085

Año XVII—1894 BUENOS AIRES Tomo XVII—Nº 5

Anales del Círculo Médico Argentino

MAYO DE 1894

CLINICA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL MILITAR

EL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS

Nueva série que comprende 81 operaciones

Por el **Dr. Diógenes Decoud**

En una comunicacion anterior á la *Sociedad Médica Argentina* (1) dí cuenta del éxito operatorio alcanzado en una primera série de 35 curaciones de hernias. Hoy puedo agregar otra nueva série con igual resultado y que eleva esa cifra á un total de 81.

En casi todas las hernias oblicuas, fueran congénitas ó adquiridas, he empleado el método de Bassini, al cual le reconocen un gran valor y lo aceptan casi exclusivamente los cirujanos que practican esta operacion, cuando están desligados de la preferencia á que los obliga un método propio. Sin alterarla en su principio fundamental, yo he creído conveniente en muchas ocasiones y variando para cada caso, agregar algunos de los tiempos que corresponden á los procedimientos de *Barker* y *Ball*, en cuanto se refiere al tratamiento del saco.

La fijacion del muñon al nivel del anillo interno *(Barker)* de modo que actúe como un tapon, ó su torsion y fijacion á los músculos anchos *(Ball)*, son tiempos que á veces se hacen necesarios, sobre todo cuando se encuentra un peritoneo laxo. *Ball* pretende que la torsion tiene tanto efecto, que bastaria por sí sola para hacer desaparecer una hernia del lado opuesto. Aprovechando parcialmente esas indicaciones, me he propuesto por mi parte, en todas las ocasio-

(1) Anales del Círculo Médico Argentino, Octubre de 1893.

nes, hacer desaparecer el paralelismo entre el muñon del saco y el conducto inguinal, elevando el anillo interno á mayor altura de modo que el trayecto del cordon realice una recurrencia más acentuada. Esto lo hacia ya cuando recurria al método de *Halstead-Postempsky* y se hace aún mas sencillo cuando se suturan al arco de Falopio los músculos profundos, dejando el cordon sub-aponeurótico.

Se ha dado publicidad en los últimos tiempos á nuevos métodos, que no son sinó variantes de los ya conocidos, y aunque el de *Kocher*, de Berna, se encuentra en igual caso, merece llamar la atencion, porque es muy grande la reputacion de su autor. Es un procedimiento al cual se ha dado el nombre de método de «Sutura del Canal». *Kocher* trata el saco de un modo análogo al que practican los cirujanos ingleses, pero en vez de replegarlo como *Mac-Ewen*, en vez de retorcerlo como *Ball*, en vez de fijarlo como *Barker*, le da una direccion opuesta á la del canal y del trayecto de la hernia, haciéndolo pasar por un ojal que practica en la aponeurosis del oblícuo mayor, arriba del nivel del anillo interno. Lo sutura luego en el canal que la traccion del saco hácia abajo determina en esa aponeurosis. *El conducto inguinal no es abierto* (1).

Algunas objeciones muy sérias pueden hacerse á este método. En primer lugar, en las puntas de hernia, sin la abertura del conducto inguinal el saco no puede ser hallado, ó por lo menos dará lugar á dificultades que llegarán con frecuencia á la imposibilidad. Si se prescinde de este procedimiento para los casos de esa especie, puede aún observarse que es expuesto cuando hay adherencias del epiplon ó del intestino al saco, y muy peligroso cuando esas adherencias se sitúan en el cuello, porque sin una ámplia abertura pueden pasar desapercibidas.

Hay otro caso en que la operacion de *Kocher* seria infructuosa, y es en las hernias congénitas ó en las que se producen en una persistencia del conducto peritoneo vaginal, porque la diseccion del saco es entonces extraordinariamente laboriosa y sus adherencias no ceden bien sinó á la altura del cuello. El hecho que sea laboriosa, no seria segu-

(1) *Annals of Surgery*, Diciembre de 1892.

ramente una razón, pero ocurre que, aun sin tener en cuenta las lesiones que produciria en los elementos del cordon, esa diseccion no tiene objeto. En los casos de mi nueva série, cuando he encontrado el menor obstáculo, he preferido no insistir: dejo las adherencias en su lugar, que en nada estorban, hago el aislamiento solamente en la parte superior y allí lo secciono, como hace *Barker*. Para demostrar que esa diseccion en tales condiciones puede aún ser peligrosa, debo hacer notar que no se puede evitar la herida de pequeños vasos, que son origen de hematomas, lentos en reabsorberse, si no se infectan. Mis observaciones 70 y 75, figuran en esas condiciones.

Pasando á otro punto, veo que aún en las obras didácticas más recientes, como la de *Treves* (1), se aconseja para la incision de la piel la línea que tiene por medio el anillo inguinal externo. Yo insisto en que ésta debe ser alta teniendo por límite inferior ese anillo externo, y doy importancia al hecho, porque así se descubre mejor el campo operatorio, y esta es condicion esencial para la prosecucion del trabajo. Si el caso es fácil, se comprende que la incision de la piel seria de valor muy secundario, pero no siempre es así: ocurren sorpresas inesperadas, y podemos repetir como *Faraboeuf*, un excelente maestro, que es vana la presuncion de aquel que prescinde de las buenas reglas por haber sido feliz cien veces. «Allez a mille mon cher ami: la prudence vous reviendra.»

Cuando se ha operado hernias muchas veces, se observa que muy pocas se asemejan unas á otras. El hallazgo del saco, es más obra de tacto que de vista. Lo que á veces vuelve difícil su encuentro, es la diversidad y la variedad de sus envolturas, estratificadas ó condensadas, espesas ó no, y una ó dos cubiertas deberán ser sucesivamente aisladas para dar con el saco, que sea dicho de nuevo, ocupa la parte anterior ó superior del cordon, siempre que no se trate de una hernia congénita, de persistencia del conducto peritoneo vaginal ó de inversion del epidídimo. En las hernias directas el sitio del saco es variable, pero por lo general está por dentro ó detrás del cordon.

---

(1) *A manual of operative surgery*, vol. 2º, 1893.

En la parte superior, el cuello del saco está constituido con relativa frecuencia por una induracion fibrosa, bastante densa como para dar la idea de un anillo, y rodeado de abundante tejido adiposo. Conviene buscar ese anillo que se sitúa muy profundamente y fijar la ligadura más arriba.

Es tambien á ese nivel que he hallado adherencias del epiplon y del intestino. En uno de mis casos, la adherencia comprendia la semi-circunferencia del cuello, y en las manipulaciones para desprenderlo, el intestino fué desgarrado. Practiqué la sutura de Lembert cuidadosamente y la misma noche el sujeto tuvo vómitos y acentuado meteorismo, acompañado de mal estado general. Comprendiendo que en un caso de sutura intestinal, mas peligroso puede ser el meteorismo que el peristaltismo, administré un purgante y los accidentes pasaron rápidamente. En cuanto á la operacion de la hernia, mal terminada como fué, recidivó al cabo de setenta dias, y nuevamente operado ha quedado bien (obs. 62).

Este caso demuestra cuán necesario es un buen campo operatorio para las incidencias imprevistas que puedan ocurrir, y tambien el hecho de que no se puede proceder al acaso como en ciertos métodos adoptados. La abertura del saco en efecto, aunque no tiene objeto durante la diseccion, es imprescindible antes de practicarse la ligadura. La presencia del epiplon es frecuente: lo he resecado en esta série catorce veces, de las cuales seis con adherencias por lo general estrechas (1).

Los métodos que pretenden ser exclusivos, fallan por esa misma razon, porque difícilmente son aplicables á todos los casos. Yo he practicado en esta nueva série veintitres veces el procedimiento de *Bassini*, asociado ó no á los de *Barker* y *Ball*, seis veces el de *Halstead-Postempsky*, dos veces el que ahora emplea *Championnière*,—ocho veces

---

(1) Los datos generales que se refieren á esta série son:

Hernias cicatriciales: 3, umbilicales 2, inguinales 41.

En las hernias inguinales: lado derecho 25, izquierdo 15, oblicuas 31, directas 9, producidas por traumatismo 2, por esfuerzo 24, congénitas 4, espontáneas 5, por persistencia del conducto vagino-peritoneal 5. Dolorosas 7. Con ectopia 5. Lipomas preherniarios 4.

en las hernias directas, el procedimiento que he ideado, de sutura continua en tres planos, y cuatro veces la sutura total del plano músculo aponeurótico.

Esta sutura total corresponde á los casos de castracion por ectopia inguinal con atrofia testicular, ó simplemente atrofia por hernia congenital, y ha sido hecha en sujetos mayores de veinte años en quienes ya no podia esperarse que la glándula recuperase sus funciones. En el exámen anátomo-patológico se ha verificado, en efecto, que la glándula estaba sustituida por tejido fibroso. Esta conducta es preferible, porque asegura mejor el éxito de la operacion, en cambio de la ablacion de un órgano completamente inútil, y es la conducta que siguen la mayor parte de los cirujanos, entre los cuales debo mencionar, por haber publicado trabajos recientes que á esto se refieren, á *L. Championnière* (1) y á *Tillaux* (2). En dos casos en que el testículo ectopiado no estaba muy disminuido de volúmen practiqué la orquidopexia (obs. 44. 75).

En las hernias congenitales la atrofia del testículo es muy frecuente, mis observaciones lo confirman una vez mas, y es esta razon que debe influir para no demorar la operacion despues de los diez años, cuando la glándula empieza su desarrollo.

Otra hecho sobre el cual llamé la atencion en mi publicacion anterior, es la frecuencia relativa de la persistencia del conducto peritoneo-vaginal, más ó menos estrechado, pero suficiente para favorecer la produccion de la hernia y bastante elástico para que esa hernia pueda de golpe ser escrotal y llegar á la cavidad vaginal. En los casos en que un esfuerzo brusco, produzca, no una punta de hernia, como es habitual, sinó una que descienda á las bolsas, puede presumirse con mucha razon que ha existido esa persistencia, y tiene esto alguna importancia para el acto operatorio, en cuanto se refiere al encuentro del saco y la dificultad ó imposibilidad de su diseccion. En alguna circunstancia en que la hernia se habia producido de golpe, no descendia sin embargo, hasta la vaginal, por haberse obliterado el conducto á cierta altura, dejando una persistencia incompleta del conducto, y en tal caso la cavidad vaginal

(1) *Semaine Medicale*, Paris, Agosto de 1893.

(2) *Union Medicale*, Marzo de 1894.

era doble ó triple mas grande que de ordinario. Yo creo que la forma mencionada por los autores en las obras didácticas, cuando tratan de las hernias estranguladas, en que se describe los elementos del cordon esparcidos sobre el saco, corresponde á los casos en que ha existido esa persistencia del conducto peritoneo-vaginal.

En los niños de uno ó dos meses la persistencia es muy frecuente, 28 veces en 62, segun *Feré*. En los adultos, *Ramonede* que ha hecho esta investigacion en 215 cadáveres, ha encontrado la persistencia total en dos casos, incompleta en cuatro, y en 26 existian estrechamientos y el canal quedaba en estado rudimentario.

En HERNIAS CICATRICIALES he hecho la operacion tres veces. Tenian por origen heridas penetrantes producidas con arma cortante. En estas hernias no existe saco: éste está reemplazado por un tapon epiplóico muy adherido á los bordes y que forma una depresion central donde los intestinos forman prominencia. En ocasiones la hernia no sigue inmediatamente á la cicatrizacion de la herida y constituye solamente un punto débil de la pared abdominal. En uno de mis operados (obs. 47), la hernia se produjo á causa de un esfuerzo, veinticinco años despues del traumatismo.

Aunque en estos casos la abertura herniaria es pequeña, la incision debe ser mucho mas extensa para facilitar el aislamiento del epiplon, y conviene movilizar los bordes musculares inmediatos que se encuentren muy retraídos, á fin de practicar la sutura en tres planos.

La operacion radical en HERNIAS UMBILICALES la he hecho dos veces. En uno, de origen congénito, me limité al avivamiento de los bordes y sutura con seda. En el otro (obs. 52) que operé con el Dr. Palma, se trataba de una voluminosa hernia, antigua de diez años, que se habia vuelto irreductible desde hacia cuatro dias: tuve que incindir la piel en una extension de 25 centímetros. Las paredes del saco que en estas hernias suelen estar tan adelgazadas, que hasta se ha llegado á negar su existencia, estaban aquí engrosadas, debido sin duda á las innumerables adherencias que tenia con el epiplon. El intestino herniado, constituido por el cólon en toda su extension, tenia á su vez adherencias al epiplon, y fué muy difícil su reduccion á causa

de los innumerables coprolitos que lo llenaban. Hice la diseccion del epiplon, 300 gramos, y luego resequé los bordes del anillo que suturé con un gran número de puntos de seda. El drenaje, que es indispensable en estos casos, fué quitado á los pocos dias y la herida cicatrizó por primera intencion.

El tratamiento quirúrgico rara vez da resultado en estas hernias voluminosas que se observa en las mujeres adiposas, de pared abdominal poco resistente. *Le Dentú* ha hecho notar la complejidad y las dificultades en la operacion de las hernias umbilicales (1), y mi caso es bastante ilustrativo. En cambio, las que son recientes, pequeñas, son de un tratamiento mucho mas fácil que las hernias inguinales y crurales, y de éxito análogo al de éstas. La conveniencia de la operacion precoz, resalta cuando se tiene en cuenta los peligros de su estrangulamiento, peligro mayor que el de las otras formas, por causa de la estrechez del anillo.

En cuanto á las hernias voluminosas, el número de métodos hoy aconsejados varia con cada autor y todos parecen ser de resultados mas ó menos infructuosos. El de *Sanger-Tait* consiste en un desdoblamiento del anillo umbilical y la sutura en dos planos, uno fibro-peritoneal, otro fibro-cutáneo. *Terrier*, *Berger* y *Championnière* avivan los bordes, luego suturan; *Le Dentú*, *Hartman*, *Condamin* practican la reseccion completa del anillo umbilical.

Condamin ha propuesto recientemente un método aun más racional y que seguramente promete resultados más perfectos. Consiste en la ablacion total del ombligo con destruccion completa del infundibulum umbilical, y en el aislamiento de los músculos rectos que permiten así practicar la sutura en tres planos, análoga á la de una laparatomia. (1)

El tratamiento quirúrgico de las hernias es ahora aconsejado por mayor número de cirujanos, en vista de que la mortalidad operatoria ha sido considerablemente disminuida al punto de quedar reducida á cero en séries largas

(1) *Gazette des Hopitaux*, Junio de 1893.

(1) *Congres Français de Chirurgie*, pág. 307, 1893.

como las de *Edrmann* y *Svenson*, *Championnière*, *Bassini* y la que hoy publicamos (1).

En la 61ª seccion de la Asociacion Médica Británica (2) *Rushton Parker*, *Ward Coussins*, *Pye Smith* y *Crawford-Renton*, estuvieron de acuerdo en que la operacion debia ser practicada tan luego como la hernia se constatase, y aceptaban la fórmula establecida dos años antes por *Lawson Tait*: «Todas las hernias, de cualquier forma y variedad que sean, salvo en los niños, son justiciables de una cura radical, sencilla y fácil» (3). Al mismo tiempo, *L. Championnière*, en la Asociacion Francesa para el adelanto de las Ciencias (agosto 1893) insistia en sus opiniones anteriores sobre la conveniencia de la operacion inmediata.

Otra razon que ha influido para que esta operacion se generalice, es que las recidivas son cada vez menos frecuentes, debido seguramente al perfeccionamiento de la técnica.

En nuestra série, las recidivas por hernias inguinales han alcanzado á cuatro: una, que ya mencioné, fué consecuencia de una operacion incompleta; en otro caso se produjo un flemon que dió lugar á la eliminacion de los puntos de sutura, y en los otros dos la extirpacion del saco no fué practicada convenientemente. Pero en aquellos en quienes hemos seguido los métodos que tienen por base el debido tratamiento del saco y la reconstitucion del canal inguinal, sea sub-aponeurótico ó sub-cutáneo, empleando la seda exclusivamente para las ligaduras y las suturas, en ninguno de esos ha habido recidiva.

Los accidentes post-operatorios á la vez, debido á la observacion estricta de la antisepsia, á la cuidadosa este-

---

(1) *William Mac Cormac*, de Lóndres, en una conferencia reciente dada en el «Royal College of Surgeons», ha hecho una revista general de las operaciones de hernias practicadas por los cirujanos de diferentes países.

En esta revista veo que los únicos que han alcanzado á una série mayor de cincuenta operaciones, sin mortalidad, son á más de los que yo menciono, *Parker*, de Bufalo, con 85, *Halstead* con 74, Mac Schede con 72, Barker con 50, Macewen con 52.

Las otras cifras corresponden á Billroth 51 operaciones con 2 muertos, — Mac Burney 36 con 1 muerto, — Ball 118 con 2 muertos, — Banks 117 con 7 muertos, — Wood 339 con 7 muertos, — Socin 75 con 2 muertos, — Berger 118 con 1 muerto, — Mac Cormac 90 con 2 muertos, y Leisrunk 202 con 15 muertos.

(2) *The Lancet*, Agosto de 1893.

(3) *Bristish Med. Journal*, pág. 685, 1891.

rilizacion de los materiales, han quedado limitados á molestias de poca importancia: retencion de orina pasajera (6 veces), peritonismo poco acentuado (5 veces), funiculitis (2 veces), y la reaccion febril no fué mayor de 37°.4 á 37°.6. Solo en cinco casos alcanzó momentáneamente á 38 grados, y en uno á 39, coincidiendo en este último con la formacion de un hematoma que evolucionó favorablemente sin ningun tratamiento.

Esta misma operacion de las hernias, practicada en los niños, no dá tan buenos resultados ni en cuanto al éxito operatorio, ni en cuanto á la recidiva. *Ward Coussins*, en su reciente publicacion, menciona 120 casos de niños de 1 á 7 años operados por él: la recidiva alcanzó á 20 %. No tengo experiencia propia, pero resultadas análogos en séries mas pequeñas han sido recien publicadas por cirujanos europeos. Si se tiene en cuenta, por otra parte, que las hernias en los niños curan por lo general espontáneamente, es fácil deducir que en ellos la operacion no estaria aconsejada sinó en casos especiales, antes de la terminacion del primer setenario.

Pero en el adulto, el tratamiento quirúrgico, con la supresion de la hernia, suprime á la vez peligros posibles, evita muchas perturbaciones del tubo digestivo y libra seguramente al paciente de una anomalia que lo inhibe para el trabajo activo. La condicion de su éxito no consiste sinó en seguir la fórmula estricta de las buenas reglas que deben presidir á toda intervencion quirúrgica.

Cuando se tiene un perfecto conocimiento de la anatomia patológica de las hernias y se sabe recurrir segun las condiciones del momento á los diversos métodos que tienen aplicacion en cada caso, entonces esta operacion es fácil, eficaz y segura, y da verdad al término consagrado de curacion radical.

NÚMERO DE ÓRDEN	NOMBRE, PROFESION EDAD	DIAGNÓSTICO	FECHA Y DETALLES DE LA OPERACION
			1891
1	Sebastian Schiapacasa, comerciante, 30 años.	*Enterocele escrotal,* izq. oblicuo, producido hace 4 años por esfuerzo. *Estrangulada* hace 24 h. sin causa aparente.	Julio 4 de 1891—Incision. Saco cubierto por quistes rosos. Diseminacion de los elementos del cord Reduccion. Extirpacion del saco. Drenaje.
			1892
2	Soldado, 37 años.	*Bubonocele,* izq. directo, data de 3 años, origen traumático. Reductible y doloroso.	Mayo 20 de 1892—Reseccion del saco y ligadura er denada con catgut. Sutura con crin de Florencia.
3	H. Bruzzone, 70 años.	*Enterocele escrotal,* oblicuo, derecho; de 3 años, espontáneamente. Ha usado braguero. *Estrangulamiento* por esfuerzo hace 26 horas.	Junio 4 de 1892—Saco lleno de serosidad sanguinole y coágulos fibrinosos, intestino morado, húme Reduccion laboriosa. Reseccion del saco y sutura catgut. Drenaje.
4	Soldado, 38 años.	*Bubonocele,* izq. oblicuo, origen espontaneo de hace 2 meses.	Junio 17 de 1892—Incision y abertura del canal ing nal. Fácil diseccion del pequeño saco.
5	Hombre, 25 años.	*Enterocele traumático,* directo, por herida sobre el arco de Poupart. *Estrangulado* hace dos dias por la aponeurosis obl. mayor á causa de haber sido suturada solo la piel.	Junio 27 de 1892—Reduccion y sutura en tres planos
6	Jesús Narvaez, soldado, de 29 años.	*Hernia cicatricial,* bajo el reborde costal izq.	Julio 22 de 1892—Incision y sutura.
7	Gerardo Moreira, soldado, de 43 años.	*Bubonocele,* directo, del lado derecho. Dos meses, por traumatismo. Dolor espontáneo y provocado.	Julio 28 de 1892—Extirpacion del saco, ligadura catgut. Drenaje.
8	Pedro Manchenta, soldado, 30 años.	*Enterocele escrotal,* oblicuo, del lado derecho. Data de 14 años y se produjo á causa de un esfuerzo. Era fácilmente reductible y siempre doloroso. *Estrangulada* hace 3 dias despues de una marcha prolongada.	Agosto 12 de 1892—Descubierto el saco se halló el ci muy dilatado. A pesar de la incision de todo el ca fué muy difícil la reduccion. Reseccion del saco, gaduras y suturas internas con catgut. Drenaje.
9	Soldado, de 25 años.	*Enterocele funicular,* oblicuo, del lado derecho. Data de 3 años y se produjo espontáneamente. Doloroso.	Agosto 27 de 1892—Descubierto el saco se observó el intestino no se reducia completamente á causa una adherencia blanda que fué fácilmente despr dida. Ligaduras internas con catgut, externas crin. Drenaje.
10	José Williams, marinero, 25 años.	*Enterocele escrotal,* oblicuo, lado derecho. Data de un año á causa de un esfuerzo; indoloro.	Setiembre 7 de 1892—Abertura del canal inguinal y seccion del saco. Al nivel del cuello se encontr adherido el apéndice vermicular, que fué librado sus adherencias. Ligadura y sutura con catgut. drenaje.
11	Soldado de artillería, 32 años.	*Epiplocele escrotal,* oblicuo, derecho. Data de 12 años y se produjo por causa de un esfuerzo. Anillo externo dilatado.	Octubre 2 de 1892—Abertura del saco y reseccion 120 gr. de epiplon fibroso. Suturas y ligaduras ternas con catgut. Externas con seda. Drenaje.
12	Subteniente Espeleta, 24 años.	*Bubonocele,* directo del lado izquierdo, origen traumático. Doloroso.	Octubre 16 de 1892—Abertura del canal inguinal. difícil hallar el pequeño saco situado atrás del don. Reseccion de un lipoma pre-herniario. Drena
13	Ricardo Atasio, soldado del 11 de caballería, 20 años.	*Enterocele escrotal,* oblicuo, del lado derecho. Comienzo espontáneo hace dos años y aumento progresivo. Doloroso cuando no está reducido.	Noviembre 21 de 1892—Reseccion alta del saco. Li duras y suturas internas con catgut, externas seda. Drenaje.
14	Hombre, de 23 años.	*Enterocele escrotal,* del lado izq. *Estrangulada* desde 50 horas. Bubonocele del lado derecho. La hernia data de seis meses á causa de un esfuerzo y se estranguló despues de una larga marcha.	Noviembre 25 de 1892—Reseccion alta del saco desp de una fácil reduccion. Catgut y seda.
15	Soldado de caballería, 29 años.	*Entero-epiplocele,* oblicuo, de origen congénito, del lado derecho.	Diciembre 15 de 1892—El saco desciende hasta el t ticulo, del cual al ser separado se abre la vagin que luego es suturada. El saco presenta dos estrec mientos. Catgut y seda. Drenaje.

ASISTENTES	DURACION DE LA OPERACION	ACCIDENTES POST-OPERATORIOS	RESULTADOS
s. Tognola y Pistoni.	28'	La temperatura alcanzó el primer dia á 38° y se normalizó despues. Drenaje quitado al dia siguiente.	Curado.
	45'	Temp. 38°5 el primer dia, 38° el segundo y se normalizó con un purgante. Pulso subió á 104. Drenaje hasta el tercer dia, suturas hasta el octavo. Cicatrizacion.	Curado.
Alagon; Praticantes Acu-a, Massot.	60'	Temp. 38°3. Al quinto dia 39°2 con bronquitis. Edema de las bolsas, luego esfacelo circunscrito del escroto. Cicatrizacion por tejido de granulacion.	Curado.
	35'	Temp. máxima de 38° y 90 pulsaciones. Cicatrizacion sin accidentes.	Curado.
s. Cabezon y Coelho.		La parálisis intestinal persistió cuatro dias mas á pesar de los purgantes. Vencida despues con enteroclisis.	Curado.
		Ningun accidente despues de la operacion.	Recidiva al décimo-quinto dia, por imprudencia del enfermo.
s. Sotuyo Lobo é inter-os Muñoz y Rivero.	30'	Drenaje quitado al segundo dia y suturas al séptimo. Cicatrizacion perfecta.	Curado. Nov. 1893. — Recidiva. Véase núm. 67.
Sotuyo; internos, Er-ling, Rivero, Orfila, Acu-a y Garcia.	80'	De noche 38°4 y 108 pulsaciones; la siguiente 39. La paresia intestinal con 39° siguió cuatro dias, á pesar de los purgantes. Persistió una fistula poco supurante que se agotó al cabo de 25 dias.	Curado.
s. Sotuyo; Cabezon y s internos.	50'	La temperatura subió á 38° la primera y segunda noche. Al tercer dia se quitó el drenaje y se administró un purgante. Persistieron algunos dolores difusos abdominales. Al octavo dia cicatrizacion perfecta.	Curado.
Palma; internos Acuña Rapela.	55'	La temperatura subió á 38° y á 38°4 la segunda noche. Bajó á la normal despues de la administracion de un purgante. Al séptimo dia, cuando se quitaron las suturas se observó un tumor como un huevo de gallina. La temperatura volvió á subir á 39°2, pero con la abertura del abceso los accidentes pasaron y cicatrizó en pocos dias mas.	Curado.
s. Cabezon y Sotuyo.	55'	De noche, dolor difuso abdominal soportable, con poca reaccion febril y retencion de orina vencida con dos cateterismos. Al tercer dia purgante. Cicatrizacion al octavo dia.	Curado.
Palma; internos Acuña, apela, Orfila.	55'	La temperatura máxima fué de 37°3. El drenaje fué quitado al tercer dia, las suturas al séptimo. Quedó en el sitio del drenaje una fistulita supurante que curó en 15 dias.	Curado. Setiembre 4 de 1893—Recidiva.
ernos Acuña Rapela Or-la.	40'	De noche 38°. Retencion de orina. Al dia siguiente purgante. Al cuarto se quitó el tubo de drenaje y al séptimo las suturas.	Curado.
es. Lobo y Alagon y los nternos.	55'	De noche 38°3. Al dia siguiente peritonismo que cesó con un purgante. El drenaje se quitó al dia siguiente y las suturas al octavo dia.	Curado.
es. Sotuyo y Lobo, inter-o Acuña.	45'	De noche pulso 96. Temperatura 38°2. Retencion de orina. Purgante. El drenaje se quita al cuarto dia y las suturas al octavo.	Curado.

NÚMERO DE ÓRDEN	NOMBRE, PROFESION EDAD	DIAGNÓSTICO	FECHA Y DETALLES DE LA OPERACION
			1892
16	Segundo Pacheco, soldado, de 29 años.	*Epiplocele escrotal,* oblícuo, lado derecho. Espontáneo de 2 años, y hace 8 meses aumentó bruscamente à causa de un esfuerzo.	Diciembre 22 de 1892—Extirpacion de un voluminoso lipoma pre-herniario. Fácil aislamiento del saco, de gruesas paredes. Reseccion de 100 gr. de epiplon. Suturas int. con catgut. Drenaje.
			1893
17	Gabriel Gonzalez, soldado del 8º de infantería, 28 años.	*Entero-epiplocele escrotal,* oblícuo, del lado derecho, producido bruscamente hace tres meses á causa de un golpe en la region inguinal. Doloroso.	Enero 3 de 1893—Dificultad en aislar el saco que está envuelto por los elementos del cordon. Reconstruccion de la envoltura vaginal y reseccion de 120 gr. epiplon. Lig. y suturas con seda.
18	Soldado, de 24 años.	*Bubonocele,* oblícuo, del lado derecho, orígen espontáneo de hace un año. Doloroso.	Enero 4 de 1893—Diseccion laboriosa del saco que está envuelto por los elementos del cordon. Catgut y seda. Drenaje.
19	Modesto Ortiz, soldado músico (piston) del 12 de infantería, 22 años.	*Bubonocele.* oblícuo, del lado izquierdo. Orígen espontáneo de hace 7 años.	Enero 6 de 1893—Extirpacion de un lipoma pre-herniario y reseccion del saco. Catgut y seda. Drenaje.
20	Soldado de caballería, 31 años.	*Enterocele escrotal,* oblícuo, lado derecho. Orígen espontáneo de 4 años. Indoloro.	Enero 10 de 1893—Saco de paredes muy espesas, fácilmente aislado. Seda y crin de Florencia. Drenaje.
21	Fructuoso Rodriguez, soldado de inválidos, 37 años.	*Enterocele escrotal,* oblicuo, izq. de 15 años, á causa de una caida de caballo. Doloroso.	Enero 26 de 1893—El saco estaba detrás del cordon por causa de inversion del epididimo; paredes muy espesas. Catgut y seda. Drenaje.
22	Francisco Acuña, soldado del 9º de infantería, 17 años.	*Epiplocele escrotal,* izq. oblícuo. Espontáneo á los 10 años. Doloroso.	Enero 30 de 1893—Extirpacion de dos pequeños lipomas pre-herniarios y reseccion 30 de gr. de epiplon. Catgut y seda. Drenaje.
23	Isidro Gonzalez, soldado del 8º de infantería, 27 años.	*Epiplocele escrotal,* lado derecho. Orígen espontáneo hace dos años.	Febrero 4 de 1893—El saco es fácilmente aislado de la parte anterior del cordon, pero al desprenderlo de la vaginal, ésta es abierta. Reseccion de 98 gr. de epiplon con adherencias. Catgut y seda. Drenaje.
24	Soldado, de 19 años.	*Enterocele escrotal,* recuerda haber tenido la hernia cuando niño hasta los 9 años, en que desapareció con algunos meses de braguero. Hace 5 años volvió á formarse á causa de una caida. Indolora.	Febrero 9 de 1893—El saco es cuidadosamente disecado, dejando una pequeña porcion con la que se formó la envoltura vaginal. Catgut y seda. Sin drenaje.
25	José Olivera, 23 años, negro, soldado del 2º de caballería.	*Enterocele escrotal,* oblícuo, lado derecho. Data de 4 meses causa caída caballo y adquirió de golpe volúmen actual. Doloroso.	Febrero 24 de 1893—Saco envuelto por los elementos del cordon. Diseccion laboriosa. Catgut y seda. Sin drenaje.
26	José Moyano, 18 años, soldado del 2º de artillería.	*Enterocele escrotal,* oblícuo, lado derecho. Data de 4 años á causa de esfuerzo. Doloroso.	Abril 10 de 1893—Reseccion del saco. Reconstruccion del canal inguinal.
27	Ernesto Chereiba, 20 años, cadete del 3º de artillería.	*Epiplocele escrotal,* oblícuo, lado izquierdo. Data de 18 meses á causa de un esfuerzo. Doloroso.	Abril 13 de 1893—El saco herniario presentaba un estrechamiento en la parte media. Catgut y seda. Sin drenaje.
28	Julio Acosta, 37 años, del 4º de infantería.	*Bubonocele,* oblicuo, lado derecho. Orígen espontáneo de hace ocho meses. Doloroso.	Abril 15 de 1893—El cordon se encuentra situado por delante del saco, por inversion del epididimo. Seda. Sin drenaje.
29	Manuel Arrearte, 19 años, soldado del 2º de artillería.	*Bubonocele epiplóico,* oblícuo, izquierdo. Orígen espontáneo de 5 meses.	Abril 21 de 1893—Reseccion de 48 gr. de epiplon. Las paredes del saco eran muy delgadas y era de notarse la gran separacion de los pilares. Catgut y seda.
30	José Williams, empleado, 45 años.	*Epiplocele escrotal,* bilateral, oblícuo; el del lado izquierdo data de 19 años y se produjo á causa de un traumatismo. El otro se produjo algunos años despues espontáneamente.	Abril 27 de 1893—Anestesia con 2 gr. de cloral y 20 gr. jarabe morfina. Fácil diseccion del saco de paredes muy gruesas. Reseccion de 235 gr. de epiplon. Catgut y seda.
31	Félix Antunes, 17 años, soldado del 10 de infantería.	*Enterocele escrotal,* oblícuo, lado derecho. Orígen espontáneo, de 8 meses. Doloroso.	Mayo 11 de 1893—Reseccion del saco y reconstruccion del canal. Seda. Sin drenaje.
32	Manuel Escomar, 45 años, soldado del 7º de infantería.	*Bubonocele directo,* del lado derecho. Orígen espontáneo hace 2 años. Doloroso.	Mayo 21 de 1893—Saco muy pequeño de paredes delgadas, situado atrás del cordon. Métodos de Barker y Postempski. Seda. Sin drenaje.

ASISTENTES	DURACION DE LA OPERACION	ACCIDENTES POST-OPERATORIOS	RESULTADOS
. Alagon; internos Acuña Ramblan, Orfila.	35'	Sin reaccion febril. Al cuarto dia se quitó el drenaje y al octavo las suturas. Al décimo dia funiculitis sin fiebre, que pasó al cabo de diez dias con cataplasmas antisépticas.	Curado.
. Palma; internos Acuña, Orfila, Rapela.	95'	De noche temperatura 38°. Retencion de orina vencida con 3 cateterismos. El 5 calomel, el 6 se quitó el drenaje, el 10 las suturas. Persistió algunos dias un puntito poco supurante.	Curado.
ternos Acuña, Orfila, Rapela.	50'	Retencion de orina vencida con un solo cateterismo. Temperatura 38° y 38°3 la segunda noche con 96 pulsaciones. Timpanismo y vómitos. Siguieron hasta el tercer dia en que se dic un purgante. Las suturas se quitaron al quinto dia. Cicatrizacion normal.	Curado.
id. id. id	35'	Retencion de orina durante cinco dias en que se practicó el cateterismo cada 6 horas. El drenaje y las suturas se quitaron al quinto dia en que la herida estaba cicatrizada.	Curado.
es. Sotuyo y Vargas, y os internos.	40'	De noche 38°. Al dia siguiente purgante y la temperatura se normalizó. El drenaje quitado al segundo dia. Las suturas al sexto.	Curado.
. Palma; internos Orfila Rivero.	45'	Temperatura máxima 37°8. Al quinto dia se quitó el drenaje y al sesto las suturas. Una fistulita persistió algunos dias mas.	Curado.
ternos Orfila y Rivero.	40'	Al dia siguiente 38° y bajó á la normal con la administracion de un purgante. El drenaje fué quitado al segundo dia, las suturas el sexto.	Curado.
. Lobo; interno Orfila.	50'	Temperatura máxima 37°3. El drenaje fué quitado al tercer dia, las suturas al sexto.	Curado.
es. Cabezon y Vargas y os internos.	55'	La temperatura subió á 38°1. Pulso 92. Al dia siguiente se le dió un purgante y la temperatura se normalizó. Las suturas se quitaron al quinto dia.	Curado.
. Lobo; internos Acuña Rivero.		Ningun accidente post-operatorio. Las suturas se quitaron al octavo dia.	Curado.
es. Vargas y Semprun; interno Acuña.	40'	De noche retencion de orina vencida con dos cateterismos. Temperatura 37°6. Las suturas se quitaron al octavo dia.	Curado.
es. Vargas, Veyga, Cabral; interno Acuña.	35'	De noche 37°3. Retencion de orina vencida con dos cateterismos. Dolor abdominal difuso que desapareció con un purgante. Las suturas se quitaron al quinto dia.	Curado.
es. Vargas y Lobo, internos Acuña y Sagárnaga.	35'	Ningun accidente post-operatorio. Las suturas se quitaron al quinto dia.	Curado.
ternos Acuña y Sagárnaga.	40'	De noche 37°6, vómitos, dolor difuso en el abdómen, tos. La reaccion febril duró cinco dias, pero no pasó de 37°8. Las suturas se quitaron al séptimo dia.	Curado.
ternos Acuña y Sagárnaga.	45'	Tres horas despues dolor intenso en la region operada. En la noche siguiente, pulso 106. Temperatura 39°5. Abril 29—De noche 38°5. Pulso 135. Escroto tumefacto, edematoso, con dolor. Estos accidentes persistieron. Se formó un flemon difuso del escroto. Curacion por segunda intencion en 34 dias. En Agosto dolores en la region operada.	Setiembre 5 de 1893—Recidiva.
. Lobo; interno Acuña.	40'	De noche 37°5. En la siguiente 38°. Al tercer dia purgante. Al cuarto dia dolores en el sitio de la herida. Funiculitis. Se quitaron las suturas y la herida cicatrizó sin otro accidente.	Curado.
ternos Acuña y Sagárnaga.	40'	Peritonismo sin reaccion febril, vencido al tercer dia con un purgante. Las suturas se quitaron al quinto dia.	Curado.

NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE, PROFESION EDAD	DIAGNÓSTICO	FECHA Y DETALLES DE LA OPERACION
			1893
33	Armando Demaray, 25 años soldado del 10º de infanteria.	*Enterocele escrotal,* oblícuo, lado derecho. Data de 3 años, á causa de una caida.	Mayo 24 de 1893—Reseccion del saco y reconstrucci del canal inguinal. Seda. Sin drenaje.
34	Leonardo Flores, 27 años soldado de caballeria.	*Epiplocele escrotal,* izquierdo, oblícuo. Data de 10 años y se produjo á causa de trabajos de fuerza. Doloroso.	Julio 17 de 1893—El epiplon se encuentra espesad convertido en gran parte en tejido fibroso y con a chas adherencias al cuello del saco. Reseccion d saco con un pequeño quiste de liquido gelatinos verdoso. Seda. Sin drenaje.
35	Manuel Moroni, 19 años, marinero.	*Bubonocele directo,* lado derecho. Data de 2 años y se produjo por un esfuerzo.	Agosto 2 de 1893—Reseccion de un lipoma pre-herni rio. El saco, de paredes muy delgadas, está detr del cordon. Método de Postempsky. Seda. Sin dr naje.
36	Joaquin Alarcon, 24 años, soldado de infanteria.	*Bubonocele epiplóico,* bilateral, directo. Data de un mes á causa de un golpe en el bajo vientre.	Agosto 10 de 1893 - Se descubrió ámpliamente el can del lado izquierdo, se aisló un saco situado por d lante del cordon y una vez abierto se encontró ot de paredes delgadas, dentro del cual hacia hernia epiplon. Se resecaron 68 gramos. Método Postemp ky. Seda. Sin drenaje.
37	Francisco Benitez, soldado del 2 de caballería, 54 años.	*Bubonocele epiplóico,* directo, del lado derecho. Producido hace 9 meses, á causa de un esfuerzo.	Agosto 16 de 1893—Reseccion de 68 gr. de epiplon, Pr cedimiento de Postempsky. Seda. Sin drenaje.
38 39	Pedro Alvarez soldado del 5º de infanteria, 29 años.	*Bubonocele oblícuo,* del lado derecho. Producido por ejercicios de fuerza hace 2 meses. Tiene además una *hernia umbilical congenital.*	Agosto 27 de 1893 — Sutura continua á tres plano dejando el cordon subcutáneo. En seguida se hi la curacion de la hernia umbilical con avivamie to de los bordes y sutura.
40	Daniel Gonzalez, sargento del 9º de infanteria, 30 años, músico.	*Bubonocele oblícuo,* del lado derecho. Empezó á producirse hace 5 meses mientras soplaba el trombon.	Agosto 29 de 1893—Método del autor.
41	Pio Videla, 32 años, soldado del 6º de infanteria.	*Bubonocele oblícuo,* del lado derecho. Data de un año, y se produjo á causa de ejercicios de fuerza. Doloroso.	Setiembre 2 de 1893—Operacion por el método de Luc Championniere. Seda.
42	Pedro Figueroa, 27 años, cabo del 2º de artilleria.	*Bubonocele directo,* del lado izquierdo. Producido hace un año á causa de ejercicios de fuerza.	Setiembre 4 de 1893—Operado por el método Decou Pediculo muy ancho.
43	Francisco Benitez, 59 años, soldado del 2º de caballeria.	*Hernia cicatricial,* producida por herida hace 8 años.	Setiembre 24 de 1893—Avivamiento de los bordes sutura de seda.
44	Bernabé Acosta, 22 años, soldado del 2º de artilleria.	*Enterocele escrotal,* con *ectopia inguinal.* El sujeto dice que se formó hace 6 años por trabajos de fuerza, y ha aumentado desde entonces. Doloroso.	Setiembre 26 de 1893—Se constata el origen congenit de la hernia. Existe un estrechamiento fibroso al niv de la parte media del conducto inguinal, lo cual in ca la primera obliteracion parcial del conducto pe toneo-vaginal. Reconfeccion de la vaginal y descen del testículo ectopiado sin sutura Sutura de Barker reconfeccion del conducto inguinal. Seda. Sin drenaj
45	Rafael Cortez, 39 años, soldado del 5º de infanteria.	*Hernia inguinal,* izq. Se produjo hace dos años á consecuencia de un esfuerzo.	Octubre 1º de 1893—Pared muy vascular. Descubier el trayecto, se observó que una espesa envoltu envolvia el cordon y un gran saco deshabitado, to con muchas adherencias y de dificil aislamiento. saco deshabitado se continuaba por arriba con otro q lo simulaba, dando la sensacion de contener el e plon. Fué abierto y se constató que era la S ilíac Sutura de Lembert en el trayecto de 2 cent. Sutur con catgut. Drenaje.
46	Enrique Cáceres, 40 años, soldado del 6º de infanteria.	*Hernia cicatricial,* lateral, situada bajo el reborde costal. Data de 13 años á causa de una herida.	Octubre 7 de 1893—Incision de 10 cent. El epiplon ap rece apelotonado, formando varios sacos y repli gues y completamente adherido á las paredes. E tructura semi-fibrosa. Reseccion de 30 gr. de epipl Sutura con seda en tres planos.
47	Celestino Tinte, soldado del 9º de infanteria, 54 años.	*Hernia cicatricial,* epigástrica. Situada en la linea media á 4 dedos sobre el ombligo La herida la recibió hace 25 años y sanó en mes y medio. Hace 50 dias, á causa de un esfuerzo se produjo la hernia que le hace sufrir mucho.	Octubre 11 de 1893—Estirpacion de la cicatriz antigu Reseccion de 30 gr. de epiplon. Adherencias del e plon y del cólon, que son desprendidas del anill Ocho suturas con seda.

ASISTENTES	DURACION DE LA OPERACION	ACCIDENTES POST-OPERATORIOS	RESULTADOS
Sotuyo; internos Acuña Sagárnaga.	35'	Sin reaccion febril. Las suturas se quitaron al quinto dia.	Curado.
Palma; internos Acuña Sagárnaga.	65'	Congestion pulmonar, parálisis intestinal, retencion de orina, sin reaccion febril. Purgante al dia siguiente. Tres dias despues se constató la existencia de un hematoma que desaparecio en pocos dias. Las suturas se quitaron al quinto dia.	Curado.
Vargas; internos Acuña Sagárnaga.	28'	Ningun accidente post-operatorio. Las suturas se quitaron al cuarto dia.	Curado.
s. Vargas y Cabral; internos Acuña y Sagárnaga.	35'	Ningun accidente.	Curado.
rnos Acuña y Sagárnaa.	35'	Tos frecuente. Las suturas se quitaron al cuarto dia.	Curado.
Vargas; internos Acuña Sagárnaga.	50'	Ningun accidente. Las suturas se quitaron al cuarto dia.	Curado.
Vargas; internos Acuña Sagárnaga.	33'	Ningun accidente. Los suturas se quitaron al cuarto dia.	Curado.
rnos Acuña y Sagárnaga.	25'	La temperatura de 38º persistió cinco dias, con peritonismo.	Curado.
s. Palma y Sotuyo. Internos Acuña y Sagárnaga	47'	Al segundo dia bronco-pneumonia. La herida supuró, los hilos internos se eliminaron y curó por segunda intencion.	Curado.
rnos: Acuña y Sagárnaga.	26'	Ningun accidente.	Curado.
s. Damianovich y Carnza. Internos Acuña y agárnaga.	45'	Ningun accidente. Las suturas se quitaron al cuarto dia.	Curado.
Alagon. Internos Acuña agárnaga y Godoy.	60'	Octubre 2—Anoche vómitos. Sin fiebre. Hoy pulso bien. Ningun síntoma. Octubre 3—Meteorismo acentuado, sin aumento del pulso y de la temperatura. Calomel 0.80. De noche emision de gases. Octubre 4—Bienestar. Octubre 8—Hasta hoy bien. Ha continuado la emision de gases. El 6 se sacaron las suturas y el drenaje. Hoy, aceite castor.	Curado. Diciembre 10—Recidiva
rnos: Acuña y Sagárnaga.	50'	Vómitos clorofórmicos. Ningun accidente. Las suturas se quitaron al cuarto dia.	Curado.
ña y Sagárnaga.	45'	Anoche temperatura y pulso normales. Hoy, dolor difuso abdominal y timpanismo. Calomel. Octubre 13—Temperatura 38º. Pulso 96. Malestar. Se quita la curacion y se observa un abceso que dá salida á serosidad muy sanguinolenta. Drenaje. Cicatrizacion por segunda intencion en 28 dias, despues de la eliminacion de los puntos de seda.	Curado.

NÚMERO DE ÓRDEN	NOMBRE, PROPESION EDAD	DIAGNÓSTICO	FECHA Y DETALLES DE LA OPERACION
			1893
48	Parmenio Changina, 21 años, soldado del 2º de artillería	*Hernia congénita,* del lado derecho, con ectopia inguinal y atropia testicular. Desde hace cinco años siente dolor.	Octubre 12 de 1893—Se halló un saco deshabitado trás del cual se habia formado otro nuevo, separ del anterior por un espeso anillo cartilaginoso. drocele. Extirpacion del saco y del testiculo. Sut total de la aponeurosis del oblicuo mayor.
49	Francisco Miranda, soldado del 1º de infantería, 59 años.	*Enterocele escrotal,* del lado izquierdo. Origen espontáneo de hace dos años.	Octubre 30 de 1893—Anestesia con cocaina. La incis de la piel indolora, pero el resto de la operac dolorosa. Reseccion del saco. Operacion de Bass con catgut. Drenaje.
50	Juan Sertorio, peon del Hospital, 63 años.	*Hernia oblicua,* del lado derecho. Se produjo recien hace 3 años á causa de un esfuerzo y descendió de golpe hasta el testículo. Dolorosa.	Noviembre 1º de 1893—Reseccion del saco. Método Bassini, con seda y drenaje. En este caso se const la persistencia del conducto peritoneo-vaginal, obliterado.
51	José Merlo, soldado del 1º de infantería, 23 años.	*Bubonocele,* del lado izquierdo. Data de 2 meses y se produjo á causa de ejercicios de fuerza.	Noviembre 3—Operacion de Postempsky, con seda drenaje.
52	Dolores P. de Fernandez, 59 años, Perú 1216.	*Hernia ombilical,* data de 10 años, á consecuencia del undécimo parto. Siempre ha sido indolora y fácilmente mantenida con una faja. Irreductible desde hace 4 dias.	Noviembre 9—Incision de 25 cent. Saco de pare gruesas y densas en algunos puntos en que habi adherencias. Numerosas adherencias del epiplon saco y al cólon herniado. Reseccion del saco, de gr. de epiplon y del anillo. Suturas con seda. D naje.
53	Fructuoso Gomez, 18 años, soldado del 4º de infantería.	*Hernia congénita,* del lado izquierdo. Dolor desde hace 8 meses.	Noviembre 10—Se notó mucha vascularidad de la red y de los tejidos subyacentes; 10 pinzas Pea Reseccion del saco y castraccion por atrofia m acentuada del testiculo. Sutura con seda del pla músculo aponeurótico. Drenaje.
54	Joaquin Alarcon, 24 años, soldado del 11º de infantería.	*Bubonocele directo.* V. obs. 36.	Noviembre 14—Sutura contínua á tres planos. Sutu con seda. Drenaje.
55	Juan Arce, soldado de la compañía de disciplina, 46 años.	*Bubonocele directo,* lado derecho; se produjo hace un año, á causa de un esfuerzo. Usa braguero desde hace seis meses.	Noviembre 16—El cordon estaba delante del saco. I tirpacion de un lipoma pre-herniario del volúmen una nuez, y luego del saco, de paredes muy delgad Suturas Decoud y drenaje.
56	Ramon Lopez, soldado del 3º de artillería.	*Epiplocele escrotal,* izquierdo. Data de 6 años á consecuencia de una caída y golpe en la region inguinal. Hace 7 meses se le produjo otra hernia, directa del lado derecho.	Noviembre 17—Extirpacion de 120 gr. de epiplon y un voluminoso saco de gruesas paredes. Operaci Bassini con seda y drenaje.
57	Id. id. id. id. id.	Id. id. id. id. id.	Diciembre 6 de 1893—La hernia es oblicua á pesar que la apariencia era directa. Operacion de Barke Bassini. Seda y drenaje.
58	Bernardo Juarez, 22 años, soldado del 9º de caballería.	*Entero-epiplocele escrotal,* derecho. Data de 5 años a consecuencia de un esfuerzo. Indoloro, fácilmente reductible. No ha usado braguero.	Diciembre 8 de 1893—El saco muy grande y m adherido al cordon. El epiplon adherido al fondo saco, fué resecado: 36 gramos. Operacion de Barl y Bassini. Sutura con seda y drenaje.
59	Manuel Herrera, sargento del 4º de infantería, 26 años.	*Hernia congénita izquierda,* con *ectopia* inguinal. El enfermo no observó su ectopia sinó hace diez años, á causa de un esfuerzo. Dolorosa.	Diciembre 9 de 1893—Testículo atrofiado. Reseccion 15 gr. de epiplon. Extirpacion del testículo y del sa hasta el anillo interno. Sutura total del plano m culo-aponeurótico con seda. Sin drenaje.
60	Benito Ascencio, soldado del 5º de infantería, 32 años.	*Hernia directa,* izquierda, que data de 15 dias, á consecuencia de un esfuerzo	Diciembre 12 de 1893—Extirpacion del saco envue por un lipoma y por otro saco de paredes grues musculares. Reseccion de 55 gr. de epiplon. Operaci de Bassini, con seda y drenaje.
61	Juan Cupiani, 23 años, asistente del Hospital Militar.	*Hernia adquirida,* derecha y producida en una persistencia del conducto peritoneo vaginal, hace 8 años á causa de un esfuerzo.	Diciembre 15 de 1893—Al abrirse el saco se observó q comunicaba con la vaginal. Reseccion de 35 gr. epiplon, cuya extremidad inferior muy adherida saco. Operacion de Bassini, con drenaje.
62	Rafael Cortes, 39 años, soldado del 5º de infantería.	*Hernia inguinal,* del lado izquierdo, recidiva despues de tres meses de una operacion incompleta.	Diciembre 18 de 1893—Todos los tejidos forman apelotonamiento cicatricial, de dificil diseccion. abre el conducto inguinal, en el fondo del c existe un saco cuyo contenido no se puede aprec Abierto á un lado, se observa en el lado opuesto intestino intimamente adherido á la pared del sa Diseccion parcial y sutura de Postempsky. Drena

ASISTENTES	DURACION DE LA OPERACION	ACCIDENTES POST-OPERATORIOS	RESULTADOS
gárnaga.	35'	Ningun accidente. Las suturas se quitaron al quinto dia.	Curado.
os Acuña y Sagár-; Dres. Lobos y Ca-	40'	Ningun accidente. El tubo se quitó el 4º dia.	Curado.
, Sagárnaga. Dr. Lo-	32'	Ningun accidente. Al cuarto dia se le quitó el drenaje y al octavo las suturas. Cicatrizacion perfecta.	Curado.
cuña y Sagárnaga.	33'	Al segundo dia 38º. Se le dá un calomel y la temperatura baja. Al cuarto dia se quita el drenaje.	Curado.
Palma y Guillermo ner.	80'	Diciembre 4—Dolor al nivel de la cicatriz, que fué disminuyendo hasta desaparecer. Sin reaccion febril ni dolor. Al quinto dia se quitó el tubo y al séptimo las suturas. Herida cicatrizada.	Curado.
os: Señores Acuña y rnaga.	35'	Ninguna novedad. Las suturas y el tubo se quitaron al cuarto dia. Diciembre 4—Dolor al nivel de la cicatriz. Diciembre 15—Sale de alta sano.	Curado.
os: Acuña y Sagár-.	27'	Al tercer dia se quitó el drenaje y al quinto las suturas. Cicatrizacion perfecta.	Curado.
y Sagárnaga.	25'	Ningun accidente.	Curado.
naga y Dr. Palma.	53'	Al segundo dia 38º y descendió despues de la administracion de un purgante. El drenaje se quitó el tercer dia, las suturas el sexto. Edema de las bolsas. Funiculitis.	Curado.
cuña.	32'	De noche 38º. Se administró un calomel y la temperatura se regularizó. Los hilos se quitaron al cuarto dia.	Curado.
os Acuña y Sagár-.	55'	A las 4 p. m. lipotimía, aceleracion del pulso, sudores frios y muy mal estado general. Todos estos accidentes pasaron en poco rato con éter y cafeina. El tubo se quitó al segundo dia. Las suturas al cuarto.	Curado.
ntero. internos Acu- Sagárnaga.	20'	Ningun accidente. Al cuarto dia se quitaron las suturas.	Curado.
os Acuña y Sagárna-	50'	Ningun accidente. Al segundo dia se quitó el drenaje. Quedó una fistulita que curó con la eliminacion de un punto de sutura profundo.	Curado.
os Sagárnaga y Gar-	42'	Ningun accidente. El drenaje se quitó al segundo dia. Las suturas al quinto.	Curado.
cs Sagárnaga y Gar- y Dr. Lobos.	60'	El drenaje y las suturas se quitaron al tercer dia. Ningun accidente.	Curado.

NÚMERO DE ÓRDEN	NOMBRE, PROFESION EDAD	DIAGNÓSTICO	FECHA Y DETALLES DE LA OPERACION
			1893
63	José Barrionuevo, soldado del 6º de infantería, 18 años.	*Enterocele escrotal*, del lado derecho, producido bruscamente por un esfuerzo hace 4 meses.	Diciembre 25—Se constata que la hernia se ha prod cido en una persistencia del conducto peritone-v ginal, en comunicacion con la vaginal. La disecci del saco, íntimamente adherido al cordon fué mu laboriosa. Sutura de Bassini, sin drenaje.
64	José Caminos, soldado del batallon Infantería de Marina, 21 años.	*Enterocele escrotal*, del lado derecho, oblícuo. Se produjo hace 4 meses á consecuencia de un esfuerzo, y 3 meses despues aumentó considerablemente de volúmen, hasta descender al escroto.	Diciembre 30—El saco muy adherido al cordon con to su extension. Suturas de Bassini, con seda, sin dr naje.
			1894
65	Pedro Godoy, soldado de Ingenieros, 30 años.	*Epiplocele escrotal*, oblícuo, derecho. Se produjo hace 4 meses á causa de un esfuerzo.	Enero 13 de 1894—Las paredes muy vasculares. cremaster sumamente espesado forma una segun envoltura; el saco de paredes tambien muy gruesa Reseccion de 45 gr. epiplon, parcialmente trasform do en tejido fibroso, y con una delgada adherencia fondo del saco. Operacion muy laboriosa. Sutur de Bassini, con seda y drenaje.
66	Acacio Cornet, 27 años, soldado.	*Enterocele escrotal*, oblícuo, derecho. Data de 8 años á causa de un esfuerzo, y aumentó rápidamente de volúmen. Ha usado braguero hasta hace un año.	Enero 14—Las paredes delgadas y muy adherent Bajo el cuello existia una adherencia del epipl Suturas de Bassini y Barker, sin drenaje.
67	Gerardo Moreira, soldado, 45 años.	*Epiplocele escrotal*, oblícuo, derecho, *recidivado*. Véase Nº. 7.	Enero 15—Diseccion del apelotonamiento de tejido fib so de la antigua cicatriz. Fácil aislamiento del sa Reseccion 30 gr. epiplon. Sutura contínua de t planos con seda. El cordon fué cubierto con res del tejido fibroso de la antigua cicatriz. Sin drena
68	Julio Sanchez, soldado del 2º de caballería, 29 años.	*Bubonocele oblícuo*, izq. producido hace dos meses á causa de un esfuerzo. Muy doloroso.	Enero 19—Extirpacion del saco y suturas por el r todo de Bassini, con seda, sin drenaje.
69	Lepido Remoldini, músico del crucero *9 de Julio*, 43 años.	*Enterocele escrotal*, oblícuo, derecho. Se produjo hace 27 años á causa de un esfuerzo. Ha usado braguero todo ese tiempo.	Enero 30 El intestino estaba herniado, formando paquete voluminoso, grande como los dos puños. diseccion del saco fué fácil, pero se hizo muy la riosa la reduccion del intestino. Suturas de Barl y Bassini, con seda, sin drenaje.
70	Cármen Arévalo, 20 años, soldado del 3º de artillería.	*Enterocele escrotal*, oblícuo, derecho. Se produjo hace tres meses á causa de un esfuerzo, y ha aumentado. Indoloro.	Febrero 2—Abierto el canal inguinal, se encontró u envoltura que parecia ser el saco y que resultó la vaginal distendida, donde el cordon presentaba toda su extension longitudinal un meso-cordon fib lipomatoso. Mas arriba se halló el saco, grand de paredes muy delgadas. Suturas de Bassini, c seda, sin drenaje.
71	Victor Bejart, 25 años, español, comerciante, Buen Orden 76.	*Epiplocele escrotal*, oblícuo, izq. Data de 12 años á causa de un esfuerzo y ha usado siempre braguero.	Febrero 2—Saco de paredes muy delgadas, debajo cual hay una masa de epiplon adherido, que se c tinúa por un cuello, largo de 4 cent. y muy estrec Reseccion de 80 gr. de epiplon y suturas de Bass con drenaje.
72	Domingo Burgos, soldado del 3º de artillería.	*Bubonocele directo*, izquierdo. Data de 2 años á causa de un esfuerzo.	Febrero 3—Hecha la incision y abierto el canal ing nal, se encontró el saco delante del cordon. Abi el saco, se descubrió bajo otra envoltura muy del da una densa masa adiposa, en el fondo de la c estaba el verdadero saco. Suturas de Bassini.
73	Fermin Barrionuevo, soldado del 2º de artillería, 25 años.	*Bubonocele*, oblícuo derecho. Se produjo hace ocho meses á causa de trabajos de fuerza.	Febrero 10—Incision del canal inguinal. El saco encontrado con dificultad cerca del anillo inter Suturas de Bassini, con seda, sin drenaje.
74	Lino Jerez, soldado del 1º de infantería, 21 años.	*Hernia inguinal congénita*, izquierda, con ectopia inguinal y atrofia del testículo. La hernia desciende á las bolsas.	Marzo 2—Aislado el saco y el cordon y como el testí lo no tenia mas que el volúmen de una avellana, resolvió practicar la castracion y se hizo la ligad en masa. Sutura completa de todo el trayecto.
75	Fructuoso Rodriguez, 31 años, soldado del 3º de artillería.	*Hernia escrotal*, izquierda, con ectopia inguinal y atrofia del testículo.	Marzo 5—Aislado el cordon y abierta la vaginal observó que estaba extraordinariamente disten y con una pequeña cantidad de líquido. El saco descubierto con dificultad bajo la aponeurosis oblícuo mayor. Reseccion de la vaginal, orquid xia, suturas de Bassini y Ball, drenaje.

ASISTENTES	DURACION DE LA OPERACION	ACCIDENTES POST-OPERATORIOS	RESULTADOS
nos Sagárnaga y Gar-.	45'	La primera noche 38°. Descendió al tercer dia con la administracion del calomel. Al tercer dia se quitaron las suturas. Funiculitis.	Curado.
nos Sagárnaga y Gar-.	40'	Retencion de orina vencida con un solo cateterismo. Dolor al talon. Al tercer dia se quitaron las suturas. Cicatrizacion perfecta.	Curado.
Lobos; interno Garzon.	55'	Retencion de orina vencida con un solo cateterismo.	Curado.
no Sr. Garzon.	40'	De noche 38° y retencion de orina, vencida con un cateterismo. Meteorismo. Calomel. Al cuarto dia se quitaron los hilos.	Curado.
no: Sr. Garzon.	35'	Ningun accidente. Al tercer dia se quitó el drenaje y al cuarto las suturas. Cicatrizacion perfecta.	Curado.
nos Sres. Sagárnaga arzon.	32'	Ningun accidente. Las suturas se quitaron al tercer dia.	Curado.
nos Sagárnaga y Gar-. Dres. Lobos y Ortiz.	50'	Al cuarto dia se quitaron las suturas.	Curado.
nos Sagárnaga y Gar-.	55'	Retencion de orina vencida con un cateterismo. Al tercer dia se quitaron las suturas. Hematoma con 39°. Desapareció espontáneamente en diez dias.	Curado.
Palma, y Guillermo gner.	80'	Peritonismo. Calomel al dia siguiente. Al segundo dia se quitó el drenaje. Las suturas al 5°.	Curado.
nos Sagárnaga y Gar-.		Retencion de orina durante doce horas, vencida con un cateterismo.	Curado.
nos Sagárnaga y Gar-.	40'	Al cuarto dia se quitaron las suturas. Ningun accidente.	Curado.
nos Sagárnaga y Gar-.	25'	Ningun accidente. Las suturas se quitaron al cuarto dia.	Curado.
nos Sagárnaga y Go-.	47'	Equimosis peniana y perineal con edema. Al quinto dia se quitaron los hilos. El edema y la equimosis desaparecieron en doce dias.	Curado.

NÚMERO DE ÓRDEN	NOMBRE, PROFESION EDAD	DIAGNÓSTICO	FECHA Y DETALLES DE LA OPERACION
			1894
76	Soldado José Ortiz, 29 años.	*Bubonocele oblícuo,* del lado derecho.	Marzo 7—Fué menester abrir todo el canal ingui para hallar el pequeño saco al nivel del anillo in no. Suturas de Bassini, con drenaje.
77	Soldado Donato Cusman, de 25 años.	*Hernia epiplóica,* congénita del lado derecho. El sujeto dice que empezó á notarla y molestarle desde hace un año.	Marzo 17—Paredes muy vasculares. Diseccion par del saco. Reseccion de 35 gr. de epiplon parcialme adheridos al saco. Suturas de Bassini y Ball con s y sin drenaje.
78	Soldado German Iglesias, 24 años.	*Hernia inguinal,* derecha, data de 5 años, á causa de un esfuerzo. Usa braguero desde hace un mes.	Marzo 19—Abierto el canal inguinal fué hallado lipoma adherido al cordon, de 19 gr., que fué ex pado. El saco muy adherido fué encontrado des bitado, pero trás él y muy próximo al anillo inte habia otro pequeño, recien formado. Suturas de B sini, con seda, sin drenaje.
79	Francisco Vidal, 25 años, soldado del 10º de infantería.	*Bubonocele inguinal,* oblicuo, derecho. Se produjo hace más de un año, espontáneamente, sin llamar la atencion del enfermo, hasta hace un mes, en que aumentó á causa de un golpe que le produjo la luxacion de la cadera.	Abril 7—Las paredes poco vasculares. Reseccion un voluminoso lipoma pre-herniario. Reseccion 45 gr. de epiplon, adherente al nivel del cuello. seccion laboriosa del saco á causa de sus adherenci Suturas de Bassini y Barker, sin drenaje.
80	Soldado Juan M. Grafiña, 28 años, del 11º de infantería.	*Enterocele escrotal,* oblícuo, derecho, producido espontáneamente hace 16 años. Ha aumentado de volúmen en los últimos años y es doloroso.	Abril 9—Paredes muy vasculares. El pilar externo encontraba en la parte media del arco de Falop Diseccion del saco de paredes muy espesas. Sutu de Postempsky con seda, sin drenaje.
81	Soldado Julian Oribe, del 17º de infantería, 47 años.	*Bubonocele directo,* del lado izquierdo. Data de nueve meses, á consecuencia de ejercicios de fuerza. Paredes abdominales muy adelgazadas, con triple prominencia.	Abril 18—Paredes poco vasculares. Fácil aislamie del saco, de paredes muy espesas. Reseccion de gr. de epiplon. Suturas de Bassini, con seda, sin d naje.

ASISTENTES	DURACION DE LA OPERACION	ACCIDENTES POST-OPERATORIOS	RESULTADOS
rnos Sagárnaga y Go-y. Dres. Pietranera y bos.	36'	Ningun accidente. Al tercer dia se quitó el drenaje y las suturas.	Curado.
rnos Sagárnaga y Go-y. Dres. Pietranera y bos.	52'	Peritonismo con 38°. Calomel. Al quinto dia se quitaron las suturas.	Curado.
rnos Sagárnaga y Go-y. Dr. Pietranera.	43'	Retencion de orina seis dias. Las suturas se quitaron al cuarto dia.	Curado.
rnos Sagárnaga y Go-y.	35'	Ligero peritonismo. Al cuarto dia se quitaron las suturas.	Curado.
. Pietranera y Lobos ternos Sagárnaga y Go-y.	30'	Ningun accidente. Al quinto dia se quitaron las suturas.	Curado.
rno Sagárnaga.	40'	Ningun accidente. Al quinto dia se quitaron las suturas.	Curado.

INFLUENZA

Estudios clínicos—Epidemia de 1892, observada en la provincia de Buenos Aires

Por el doctor **Antonio J. Vidal**

SUMARIO.—*Reseña de la influenza de 1892.* — *Observaciones :* — ESTUPOR, MUTISMO Y ESTADO CATALÉPTICO, *consecutivos á la grippe.* — *Grippe* APOPLÉTICA. — *Grippe* CARDÍACA. — *Congestion pleuro-pulmonar.* — *Bronconeumonia subaguda con hemóptisis intermitentes, etc.*

Las epidemias de influenza que se han sucedido estos últimos años en Europa, han dado márgen á numerosas investigaciones clínicas, bacteriológicas y aun históricas, y hecho progresar notablemente el estudio de esta singular afeccion.

Paralelamente á las epidemias europeas (1889-90 y 1892), y originadas por ellas, se han desarrollado otras en nuestro país, como en casi toda la América, que nos han proporcionado abundante material de observacion práctica, único beneficio que sea permitido esperar de estos flagelos. Desgraciadamente, nuestra habitual desidia ha sido causa esta vez, como tantas otras, de que escaseen las publicaciones indispensables al que pretenda formarse una idea completa de nuestras epidemias. Los meritorios trabajos de los profesores Penna (1) y Wernicke (2), la tésis de Bustamante (3) y algunas correspondencias de Valdez (4), de Tucuman, forman todo lo publicado, que yo conozca, sobre la «grippe-influenza» que ha recorrido por dos veces consecutivas nuestro territorio (5). Los estudios de Penna y

(1) *Anales de la Asistencia Pública,* núms. 1, 2, 3 y 4; 1890-91.

(2) ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO, 1890, núm. 4.

(3) BUSTAMANTE, *Determinaciones de la grippe sobre el aparato respiratorio, etc.* T. de Buenos Aires, 1893.

(4) ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO, 1891, núm. 1; 1892, núm. 12, 1894, núm. 4.

(5) Debo mencionar, tambien, aunque no me sea conocida, la tésis de GNECCO: *Consideraciones sobre la influenza,* Buenos Aires, 1893.

Wernicke, alcanzan solamente á la pandemia de 1890; los de Bustamante y Valdez, contienen datos sobre la influenza de 1892.

Convencido, por mi parte, de que en estas materias el contingente de la observacion personal, por modesto que sea, no es desdeñable; y contando, además, con algunos hechos que se apartan un tanto de las líneas vulgares, me he decidido á dar forma á los apuntes que conservo de la epidemia de 1892, personalmente seguida en la provincia de Buenos Aires. La zona de observacion comprende el Partido de Pilar y parte de los de Lujan, Exaltacion de la Cruz, Rodriguez y Moreno.

El asunto no tiene por cierto, el atractivo de la actualidad. Sin embargo, como la serie de excursiones de la influenza no puede considerarse terminada, y como, por otra parte, las últimas investigaciones tienden á identificar la naturaleza de la enfermedad epidémica y de los padecimientos comunes, de índole gripal, endémicos ó estacionales, se explica que en todo momento despierte algun interés el tema.

I

La epidemia de influenza de 1890, comenzó en la ciudad de Buenos Aires á mediados del mes de Enero, alcanzó su mayor incremento en el de Febrero y primera quincena de Marzo, reinando hasta Julio con caracteres epidémicos (Penna). En los pueblos vecinos de la Capital, el apogeo se observó en Marzo y Abril, y en Junio y Julio en ciertas provincias.

En los meses restantes del año 1890 y durante el 91. continuaron produciéndose, tanto en Buenos Aires como en la campaña, casos esporádicos de afecciones gripales, en mayor proporcion que la ordinaria.

A principios de 1892 (Febrero y Marzo), coincidiendo con la reproduccion de la epidemia en casi toda Europa,

—ó, mejor dicho, siguiéndola á corto intervalo,—se inicia de nuevo la enfermedad en la Capital y luego en diversos puntos de la República, bajo forma epidémica. En Tucuman llega á su máximum en el mes de Octubre (Valdez). Agotada esta nueva *poussée*, deja tras sí, nuevamente, como secuela, las manifestaciones de la grippe esporádica. Por manera, pues, que el órden de sucesion de la enfermedad, bajo sus dos formas, ha sido éste: 1890, epidemia, ó mejor, pandemia; 1891, grippe esporádica; 1892, epidemia; 1893, casos esporádicos. No es posible prever si la cadencia se interrumpirá este año, ó si, al contrario, hospedaremos al antiguo *horion*, hoy *trancazo*, *mal ruso*, etc., etc.

Una cuestion interesante á resolver seria la del origen de la epidemia de 1892. ¿Debe ser mirada como una nueva, distinta importacion, ó como una simple exaltacion virulenta de gérmenes anteriores que, en virtud de condiciones indeterminadas, hayan adquirido nuevo poder de expansion? La *endemicidad* de la grippe-influenza es hoy uniformemente aceptada, como lo es la *unidad* de la afeccion, la identidad de naturaleza de sus dos formas, esporádica y epidémica. En Rusia, donde no puede faltarles experiencia sobre el particular, estas ideas han recibido hasta la sancion oficial. El estudio de pequeños focos constantes, con sus irradiaciones intermitentes—como el de Oyonnax, hecho por Fiessinger (1),—lleva á las mismas conclusiones.

De acuerdo con estos principios, ya se ha considerado nuestra epidemia de 1892 como una prolongacion, una expansion de su antecesora (2). No pienso, sin embargo, de este modo. Por la fecha, forma y punto de comienzo (Buenos Aires, el mas en contacto con Europa) me inclino á creer en la reintroduccion de elementos morbíficos. De todas maneras, sea que haya venido de fuera ó que háyase desarrollado *sur place*, la enfermedad ha irradia-

(1) Didier, *Essai sur la grippe, etc.*, Tésis de Paris, 1893.

(2) Bustamante, op. cit , pág. 33.

do de la Capital. En algunas localidades la incursion ha sido evidente. En Tucuman, «la influenza apareció en invierno, en personas llegadas de Buenos Aires...» dice el Dr. Esteves en la nota inserta en la tésis de Bustamente. Igual procedencia, si bien no directa, he comprobado para la region en que he hecho mis observaciones.

Siento no tener datos precisos que consignar sobre la temperatura, estado higrométrico, vientos, presión atmosférica, etc., si bien no creo hubiera nada de extraordinario en estos elementos. Por otra parte, parece un hecho que, contrariamente á lo sostenido por algunos epidemiologistas, las condiciones meteorológicas y telúricas, los cambios atmosféricos, no tienen sobre la enfermedad accion eficiente alguna. Pienso que si se hubiese tenido la proligidad de registrar las circunstancias de este órden, en los distintos puntos de nuestro vasto territorio tocados por las últimas epidemias, los resultados obtenidos habrian confirmado una vez más, por lo variados y contradictorios, la conclusion de Raige Delorme. «La verdad es, decia este médico, que la grippe se ha desarrollado igualmente en todas las estaciones, bajo todos los climas, por todas las temperaturas y en todas las condiciones atmosféricas posibles...»

A principios de Junio de 1892 vi los primeros enfermos de influenza, sin que reinase en esos momentos ninguna afeccion especial. La invasion se hizo, no por el lado de Buenos Aires, sino de los pueblos próximos (Lujan, Moreno, etc.) alrededor de los cuales la enfermedad se esparcia «á la manera de una mancha de aceite», formando pequeños focos que confundian luego sus círculos de expansion y afectaban modos diversos en su difusion, segun los parajes. Mientras que en unos los enfermos se mostraban diseminados aquí y allá, en otros, principalmente los próximos á Lujan, el mal cobraba extension y rapidez. Así, hemos visto con el Dr. Reyna hácia fines de Junio, en una sola casa, á diez ú once personas (todos sus moradores segun creo), enfermar *casi simultanea-*

mente, sin que mediara sino horas entre el primero y el último atacado. Ejemplos como este, me parecen propios á sugerir reflexiones sobre el modo de propagacion de la enfermedad. La contagiosidad de la influenza, su trasmision por contagio directo de persona á persona, no puede ser discutida ante las pruebas irrecusables de que hoy se dispone. Pero ¿cómo admitir que en el espacio de horas se haya podido realizar la filiacion causal directa entre todos los enfermos? Pareceria más admisible que éstos hubiesen tomado los elementos morbígenos de un medio ó vector comun, — aire, agua de bebida, etc. (Teissier (1) con acopio de pruebas, ha acusado este último medio, así como al vapor de agua atmosférico.)

En el mes de Julio, la enfermedad ha alcanzado su mayor difusion. Por Agosto y Setiembre los casos han sido aislados.

Respecto al número de enfermos, no me es posible, como se comprende, dar cifras. Mucho más que en las ciudades, este género de apreciaciones es difícil en la campaña. El número de los que no solicitan consejos médicos es mayor, sin contar la clientela de los «curanderos» que escapa necesariamente á todo conato de estadística. Sin embargo, calculando á bulto, se puede estimar en un cuarto de la poblacion, tal vez más, la parte afectada. Dato curioso: en la campaña propiamente dicha, el número de enfermos ha sido relativamente mayor que en los pequeños centros. Esto se explicaria, á mi juicio, teniendo presente que los últimos fueron preferentemente atacados por la epidemia del 90. Diré, á propósito, que he notado, si he de atenerme á referencias de los enfermos, algunos ejemplos de *recidiva*.

Opuestamente á lo observado por Valdez en Tucuman, me ha llamado la atencion la escasa influencia de la enfermedad reinante sobre la morbilidad y mortalidad de los niños.

En lo que hace á la gravedad, el mal ha sido, puede de-

(1) Teissier, *La Grippe-Influenxa*, 1893.

cirse, mas alarmante que serio. Cuento, sin embargo, tres casos de muerte, principalmente imputable al estado previo de los sujetos:—Asistolia en un obeso (véase IV); estado apopletiforme (III); anciana en marasmo, muerta al séptimo dia de una grippe torácica, con focos diseminados de neumonia catarral.

No siendo mi intento repetir aquí la sintomatologia de la enfermedad, me limitaré á anotar las particularidades que he observado. Tomaré por base la division, generalmente adoptada, en tres tipos ó formas: *torácica*, *gastro-intestinal y nerviosa*.

Respecto á su frecuencia relativa en la epidemia del 90, el profesor Wernicke les asignaba el órden en que acabo de nombrarlas. En la del 92, con la predominancia ordinaria de los fenómenos bronco-pulmonares, he notado la relativa frecuencia de las manifestaciones nerviosas y la rareza de los trastornos del aparato digestivo. Es verdad que algunos síntomas, tales como la anorexia, el estado saburral, no han faltado, puede decirse, en ningun caso; pero, no se han observado vómitos, intolerancia y dolores gástricos, diarrea, fácies gripada, etc., — manifestaciones que en otras epidemias han ocupado el primer sitio en el cuadro sintomático, caracterizando propiamente una *forma*.

La cefalalgia, los dolores (lumbares, torácicos y de los músculos de los miembros), la impotencia y quebrantamiento generales, el insomnio, la astenia post-febril, han sido, en el órden apuntado, los principales síntomas nerviosos. De las alteraciones mentales observadas en un caso interesante, me ocuparé en capítulo separado (II).

En una enferma ha sido el rasgo saliente un síntoma poco señalado: la *enterálgia*. Una noche se me llama cerca de una jóven de 16 años. La encuentro presa de mucha inquietud, sudorosa, quejándose de fuertes dolores en el vientre, especialmente en la region ilíaca izquierda. No hay vómitos. Constipacion; tos. Los dolores se presentan por crísis intermitentes, sin desaparecer del todo en los intervalos. La

tos los exaspera. La presion del abdómen parece apaciguarlos. No descubro en los antecedentes ni desórdenes menstruales, ni faltas de régimen, ni indicios de intoxicacion (lo que debí inquirir en vista de lo aparatoso de la situacion). Prescribo aplicaciones anodinas y una poción con un poco ópio. Al dia siguiente, las crísis enterálgicas no son tan frecuentes ni tan fuertes. Hay fiebre moderada; orinas latericias. Se administra un purgante suave. A partir del cuarto dia los dolores desaparecen, persistiendo una bronquitis ligera, sin consecuencias (1).

Paso, ahora, á lo que atañe á la esfera respiratoria. Las mucosas superiores han sido por lo general moderadamente afectadas. El coriza ha faltado ó ha sido poco intenso, lo mismo que el catarro laríngeo.

Las manifestaciones catarrales, bronquiales (bronquios de todo calibre) y bronco pulmonares, más ó ménos pronunciadas, fueron, como es de regla, las más constantes.

En ningun caso he visto los signos clínicos de la verdadera neumonia fibrinosa, complicando el ataque de grippe. En cambio, no ha sido raro encontrar bronco neumonias presentando en el curso de su evolucion, zonas mas ó ménos extensas en que la sonoridad á la percusion estaba muy disminuida; modificacion debida, ya sea á focos congestivos ó bien á un verdadero trabajo de esplenizacion neumónica, quizás á ambos procesos á la vez. A la matidez ó submatidez, se unian los correspondientes fenómenos de auscultacion: soplo suave, broncofonia.

Aunque la situacion creada por la determinacion broncopulmonar fuese en más de un caso muy seria (en algunos viejos especialmente) pudo ser dominada en todos ellos, ménos en la anciana de que ya hablé, agotada y caquéctica. Quizá no era extraña á la obtencion de estos resultados favorables, la influencia del medio, la campaña; pues se sabe cuánto son graves las flegmasias pulmonares tributarias de la influenza.

---

(1) Obs. I.

Una particularidad importante debo señalar, y es la frecuencia con que se han presentado estos dos signos de congestion pulmonar: 1°, disminucion de la sonoridad del pulmon á la percusion, en focos limitados (una vez en una vasta extension),—*hiposonoridad* de duracion fugaz y acompañada de apagamiento de las vibraciones torácicas y del murmullo respiratorio; 2°, aparicion de sangre en los esputos. La apariencia fresca de esta sangre, su color vivo, su disposicion en vetas ó estrias sobre un esputo formado por una sustancia gomosa, incolora, aireada, con puntos densos en su masa,—alejaban esta expectoracion de la que caracteriza la neumonia fibrinosa. Mas adelante he de volver sobre estas congestiones (V).

La *temperatura* en los enfermos que he atendido, aun en aquellos que habian presentado complicacion pulmonar, fué casi siempre inferior á 40°. Cuando esta cifra era sobrepasada, siempre al principio de la enfermedad, no persistia mas de dos dias. He observados *sudores*, moderados, en el período febril, aunque no con la constancia señalada por Wernicke en la influenza del 90. Una sola vez he visto iniciarse la grippe con fuerte *chucho;* la fiebre, alrededor de 40°, descendió bruscamente al tercer dia. Sensacion de frio en los miembros, ligeros calofrios, han acusado muchos influenzados.

Dos palabras para terminar con esta reseña y entrar á estudiar algunas observaciones ó grupos de ellas, sobre el tratamiento instituido en mis enfermos. En este punto, me he sujetado al consejo de muchos prácticos y del doctor Wernicke entre nosotros: la mayor sencillez posible en las prescripciones. Un poco de alcoholaturo de acónito en una tisana béquica, al principio; una sal de quinina, en dósis proporcionadas á la intensidad de la fiebre (medicamento el más empleado contra la grippe, la quinina, dice Teissier, tiene esta triple accion: antitérmico, antiséptico y tónico); la antipirina contra la cefalálgia intensa y otros síntomas dolorosos; balsámicos, en la bronquitis afebril consecutiva

al ataque; tales han sido, con las medidas higiénicas de rigor, los recursos de que he echado mano. Ciertas complicaciones exigieron, naturalmente, el uso de medios especiales.

II

Grippe nerviosa — Análisis de una observacion personal: — ESTUPOR MELANCÓLICO; ABULIA; MUTISMO; ESTADO CATALÉPTICO. — (*Curacion*) — (1).

Aunque conocidas y descritas, en su mayor parte, desde las primeras epidemias de que se conserva historia, las complicaciones nerviosas de la influenza (en especial las de una esfera elevada: neurosis, psicopatias, etc.), han sido científicamente estudiadas con motivo de las últimas pandemias, particularmente instructivas en este punto. Una de las razones, precisamente, porque se dudaba de la naturaleza de la enfermedad, y se pensaba en la fiebre dengue, era la notable frecuencia de los síntomas nerviosos, variados y multiformes. Los trabajos especialmente consagrados á las neuro-psicopatias ocasionadas por la influenza, alcanzan en el dia un número importante.

El caso clínico de que paso á ocuparme, es interesente por más de un concepto, y comprende algunos puntos que no han sido de observacion corriente.

Cl... argentina, 17 años, joven bien formada, más bien gruesa. Colores pálidos, círculo azulado alrededor de los ojos.

Antecedentes personales poco significativos. Ningun padecimiento anterior de importancia. Sus padres aseguran que ha sido desde niña «muy débil». Reglada entre 14 y 15 años, sus períodos han sido regulares.

No hay antecedentes nerviosos, ó de otro órden, en su familia. Conozco á muchos de sus miembros, todos bien equilibrados, normales.

Su carácter, á estar á los datos recogidos, es bueno. En los últimos tiempos se la ha notado algo preocupada. Medianamente instruida, dado el medio en que vive. Habita con su familia un pequeño predio rural. Tiene marcada inclinacion á las prácticas religiosas.

---

(1) Obs. II.

El 14 de Junio soy llamado para ver á su padre y á ella, afectados del mal reinante, desde dos dias. Grippe de acentuada localizacion pulmonar en el primero, al parecer poco intensa en la jóven. En ésta, fiebre moderada (38,5), tos y signos de bronquitis, dolores vagos y falta de apetito. Prescribo un tratamiento sencillo, sin dar mayor importancia al caso.

En los dias siguientes, en efecto, se nota mejoria. Desaparece la fiebre y en parte los dolores. Persiste alguna tos y la anorexia.

Hácia el 23, reaparecen los desórdenes nerviosos. No sin extrañeza, recibo una série de cartas dictadas por la enferma, en que ésta se queja de fuertes «dolores al pulmon y al costado», de «afliccion al corazon», de palpitaciones que le impiden conciliar el sueño. Como un nuevo exámen (29) no me revela absolutamente ninguna alteracion en los órganos, me inclino á atribuir todo á una neurastenia transitoria. Me limito á procurar el sueño mediante el cloral y la morfina combinados, y á reanimar á la enferma inspirándole la seguridad de que sus males no podrian tener consecuencias.

Sin embargo, los síntomas apuntados, lejos de disiparse, se acentúan. La enferma tiene crísis nocturnas — «descomposturas» como ella las llama—que ponen á los suyos en alarma. Consisten en ansiedad, dolores, malestar gástrico, palpitaciones, y un estado aprensivo que nada justifica. Véase cómo explica la enferma misma, en una de sus cartas, las sensaciones que experimentaba al disiparse una de estas crísis: — «Despues que se « me pasó (la descompostura), me ha quedado el cuerpo dolorido, una « incomodidad en el estómago y en el costado izquierdo frente al corazon « siento una cosa como si me estuvieran apretando el costado». En uno de estos accesos se cree morir y clama por médico y confesor.

A principios de Julio, á indicacion mia, Cl... es trasladada al pueblo (Pilar), á fin de ser mejor atendida.

Julio 8, 10, 12. Modificaciones importantes. La enferma no se queja. Está abatida, habla poco. Cuesta hacerla tomar alimentos. Insomnio. Constipacion. Tos ligera. Orinas claras. Nada en los órganos. Rostro muy pálido; el círculo plomizo de los ojos, mas aparente.

18—La depresion es mayor. Cl... permanece en el lecho sin hablar, sin dormir, casi sin comer.

19—Veo á la enferma, en compañia del Dr. Medeiros. Su apatia, física y moral, es extrema. Indiferente á todo, con la mirada vaga dirigida en un solo sentido, se mantiene de espaldas en la mayor inaccion. Los movimientos mas simples, el darse vuelta, sentarse, etc., no se hacen espontáneamente. Atonia de las facciones. Las pupilas, dilatadas, reaccionan débil y lentamente á la luz. Pulso depresible, regular; ruidos cardíacos débiles. La resistencia que opone á los alimentos es una resistencia pasiva, distinta del rechazo activo de la sitofobia.

La *abulia* se extiende á la palabra y á la mímica. *Mutismo* casi absoluto. Los que la rodean dicen haberle oido uno que otro monosílabo ó palabra suelta, débilmente pronunciada. Interrogada por nosotros, no responde. Acosada á preguntas, mueve los lábios, pero sin emitir sonido. Habiendo manifestado dias antes deseos de confesar, se hace llegar á su presencia un

sacerdote, quien tiene que retirarse sin haber logrado arrancarle una sílaba. Temperatura, 37°. Sensibilidad general, embotada. Se punza con una alfiler un miembro, Cl... sin quejarse, se limita á moverlo ligeramente. La presion de la zonas ováricas no produce reaccion.

20—El mismo estado. Juzgando perniciosa la proximidad de la familia, propongo el aislamiento en ciertos límites, que no es adoptado.

(Se piensa, por otra parte, en la *simulacion*, ó cuando menos en la *exageracion*. Aparte de los cambios en la sensibilidad, los episodios que siguieron alejaban toda sospecha en cuanto á aquella.)

El dia 21 (6 p. m.), al llegar á la casa se me informa que Cl... duerme desde hace una hora. El sueño es profundo; los ojos cerrados, decúbito dorsal; los miembros inertes, en completa resolucion. Trato inútilmente de despertarla, hablándola, sacudiéndola. Insensibilidad absoluta: un alfiler es introducido en distintos parajes del cuerpo, sin reaccion. Aproximo la luz de una vela á fin de examinar las pupilas; apenas descubiertos los globos oculares, éstos son llevados hácia arriba y adentro; se produce una ligera tremulacion en todo el cuerpo. Levanto en seguida uno de los brazos de la enferma, lo abandono, y queda en la posicion que se le ha dado, por muchos minutos. Varío las actitudes del miembro, —flexion y extension de la mano, del antebrazo, etc.,—con iguales resultados. La resistencia que oponen los músculos es poco pronunciada. La flexibilidad y la tension *catalépticas*, exactamente iguales en ámbos brazos. En los miembros inferiores, las posiciones instables no se mantienen. Levantado uno de ellos, rectamente, y abandonado, cae con alguna resistencia y lentitud. Poniendo, en cambio, en flexion completa la rodilla, sin que el pié deje su apoyo en el plano del lecho, esta posicion persiste. La respiracion, enta y superficial, y el pulso, no se modifican en las diversas actitudes. Al cabo de dos horas, ó algo más, la enferma vuelve espontáneamente de su sueño para caer en el estupor é indiferencia anteriores.

22 y 23—El mismo estado de estupor de los dos dias anteriores.

A esta altura de la enfermedad, tuve que abandonar la localidad por una semana, reemplazándome el Dr. Medeiros. Este médico me ha referido que durante su direccion se reprodujeron las crísis de sueño letárgico.

Luego, una empírica fué la llamada á dar consejos, obteniendo el perfecto restablecimiento de la jóven. Tuvo la buena fortuna de llegar la última. Sobre este período no tengo datos precisos. La enfermedad duró mas de dos meses.

Cl..., á quien no he examinado despues, no ha tenido, se me informa, no vedades ulteriores. Casada á poco de haber sanado, es hoy madre.

Extractando, tenemos en la observacion preinserta, una grippe no intensa, acompañada y seguida de fenómenos neurosíquicos de mas en mas acentuados: álgias, opresion cardiaca, palpitaciones, estado aprensivo y ansioso, depresion melancólica, insomnio, abulia, mutismo, crísis de sueño nervioso con actitudes cataleptóides.

Ahora bien; ¿qué fórmula ó unidad nosológica abarcaria

todas estas manifestaciones? ¿Neurastenia, histeria, histero-neurastenia, psicosis de fondo depresivo? A cada uno de estos estados se ha visto complicar la influenza (1).

Trataré de caracterizar los principales síntomas. El *mutismo* observado en Cl..., difiere esencialmente del mutismo histérico. Éste, se sabe, realiza la afonia y la afasia motriz perfectas; la voz baja, y aun el cuchicheo, es imposible. La inteligencia no está afectada. Tampoco lo está la mímica: por el contrario, su vivacidad suple en parte la falta del principal medio de expresion. En Cl..., la inteligencia y sobre todo la voluntad están lesionadas. Su mutismo es uno de los efectos de la supresion de las fuerzas volitivas, de la *abulia* generalizada ó *aprosexia* (designacion creada por Guge, de Amsterdam, y aceptada por P. Janet (2)). Los mudos histéricos *quieren* hablar, pero *no pueden*. Los abúlicos, los deprimidos en estado de estupor—clase en que debe colocarse á nuestra enferma—*no quieren*, ó, como decia W. Page, *no pueden querer* hablar.

Sollier (3), en su reciente y útil libro, tratando de las causas y orígenes del síntoma, ó mejor, síndromo *estupor*, llega á la influenza y dice: — «Ella (la influenza), ha traído con mucha frecuencia un verdadero estupor con abolicion de la conciencia, abulia, insensibilidad completa. Estos casos curan en general muy bien y desaparecen con la infeccion misma, pero tienen á menudo una convalecencia bastante larga, con depresion psíquica, incapacidad para el trabajo, instabilidad mental.»

De entre las 91 observaciones que figuran en el trabajo

---

(1) Brionne, *De la forme nerveuse de la grippe*, etc., T. de Paris, 1890.—Dore, *Des troubles psychiques tributaires de la grippe*, Montpelier, 1890.—Le Joubioux, *Hystérie consécutive á la gr.*, Paris, 1890.—Grasset, *Clinique médicale*, 1891, Leccion XI.—Leledy, *La grippe et l'aliénation mentale*, París 1891.

(2) P. Janet, *État mental des hystériques*, Bibl. Charcot Debove, pág. 125.—Rivière, *Etude clinique des aboulies*, pág. 21, Paris, 1890.

(3) Sollier, *Guide pratique des maladies mentales*, etc., pág. 170, 1893.

de Leledy (1), un buen número presentan el estupor melancólico como la manifestacion principal. En casi todas se trata del estupor llamado activo, «alucinatorio» de los alemanes; pero hay algunas de la forma pasiva: la núm. XV, del Dr. Séglas (manifestaciones graves de depresion melancólica, durante quince dias) y la XVIII, del Dr. Bidon (mutismo casi completo durante nueve dias), especialmente.

Si la condicion anatómica que preside á estos estados depresivos nos es desconocida, su característica fisiológica puede expresarse así: disminucion de la actividad psicocerebral. En nuestra enferma esta disminucion se hace por grados hasta la supresion completa (estado letárgico). El síndromo catalepsia producido en este estado, es tambien tributario de la misma causa, — cesacion de la vida cerebral. En efecto, se sabe hoy que los cambios en la inervacion refleja de los músculos, necesarios á la rigidez y tension catalépticas, están casi siempre, si no siempre, subordinados á la abolicion del influjo cerebral,—admítase ó nó la existencia en el hombre de los «centros inhibitorios de los actos reflejos», descubiertos y localizados por Setschenow en la rana. El hecho de que en la intoxicacion por ciertas sustancias de accion cerebral, la morfina por ejemplo, pueden notarse fenómenos cataleptiformes, concurriria, segun Eulenburg, (2) á probar lo antedicho. En una intoxicacion de órden distinto, la uremia, Brissaud ha encontrado dos veces una tonicidad particular de los músculos, una «disposicion cataleptoide», «especie de catatonia», acompañando precisamente á la obtusion mental y á la depresion general (3).

Todos los autores de psiquiatria y de patologia señalan las relaciones que unen la catalepsia al estupor (algunos ligan estos dos términos en la designacion de la enfermedad: *melancholia attonita-cataleptica*), pero difieren

(1) Op. cit.
(2) Art. Catalepsia, *in* Enc. ZIEMSSEN, tomo V.—Version española.
(3) *Semaine Médicale*, 1893, núm. 17.

mucho en sus descripciones. Esto, sin contar la psicosis especial descrita por Kahlbaum, Tamburini, etc., la *catatonia*, en que además de las fases de depresion y de actitudes cataleptiformes, hay la de excitacion.

No considero necesario insistir aquí sobre las razones que me hicieron desechar toda idea de simulacion. En cuanto á la posible participacion del factor *histeria*, á pesar de las deficiencias del exámen — sobre todo en lo relativo á los estigmas permanentes, físicos y psíquicos, despues de la curacion, — no creo deba aceptarse.

Pero, aun cuando lo fuese, ya que es posible descubrir algunos rasgos de dicha neurosis, ó aun cuando se admitiese mas bien un estado nervioso complejo, ello no quitaria su valor al hecho clínico, que, lo repito, consiste en esto: — Grippe benigna, provocando una astenia progresiva del sistema nervioso, en una jóven sin antecedentes neuropáticos; dolores, estado ansioso y lipemaniaco; estupor, abulia y mutismo; accesos de sueño letárgico y catalepsia. Estos últimos fenómenos son lo que principalmente distingue á nuestra observacion. No los he visto señalados en las numerosas publicaciones que he recorrido.

Otra particularidad digna de notarse, es la desproporcion entre la causa y los efectos; pero esta circunstancia no es del todo rara, tratándose de la influenza. Grasset, (1) estudiando la acción patogénica de las enfermedades agudas en la produccion de las psiconeurosis, establece una justa distincion al respecto. Unas veces, la enfermedad es la causa única, «fundamental», de los desórdenes consecutivos; otras, en que el terreno está de antemano preparado, es causa meramente «ocasional» (2).

---

(1) *Loc. cit.*

(2) La fisiologia patológica de los trastornos nerviosos post-gripales, ha sido y es muy discutida. La congestion y la anemia cerebrales, la fiebre, la astenia ó postracion orgánica producida por la enfermedad causal, son los elementos patogénicos que, segun los casos, se han hecho intervenir. Como en ocasiones no puede admitirse la astenia, por la benignidad del ataque, se invoca como causa de órden general, la toxi-infeccion, la alteracion de los tejídos nerviosos por las toxinas microbianas (Christian, Baümler, etc.) Es la opinion que tiene más curso

(Continuará.)

HOSPITAL RAWSON

Clínica quirúrgica del **Dr. Llobet**

EL ÁCIDO PÍCRICO EN LAS QUEMADURAS

Por Carmelo D. Calderon
Interno del servicio

Se ha puesto en práctica en este servicio un medicamento que muy poco se ha empleado entre nosotros, el ácido pícrico, en un enfermo afectado de quemaduras extensas de segundo y tercer grado, y en el que los demás tratamientos conocidos habían fracasado.

Acordándonos que de poco tiempo á esta parte lo emplea Tillaux con tal objeto en su clínica, con gran resultado y que ha sido el tema elegido para tésis inaugural por uno de sus discípulos más distinguidos, el Dr. Filleul, hemos querido probar la eficacia de este agente medicamentoso en el sujeto Mario B., que entró á ocupar la cama 20 de la sala Xª de este Hospital, el 3 de Febrero, con grandes quemaduras de segundo y tercer grado, que abarcan una vasta zona limitándola por delante la línea mamilar derecha, por detrás la escapular izquierda, por abajo una línea que pasa al nivel de la décima costilla y por arriba la primera, inclusive la región axilar izquierda, pero sin haber interesado el paquete vásculo-nervioso.

En algunas partes se observan grandes flictenas, y en aquellas donde el agente comburente ha actuado con más intensidad la piel se encuentra seca y apergaminada, hallándose desprendida en ciertas regiones.

El enfermo acusa reacción febril y dispnea objetiva; por la semeiologia se comprueba una fuerte congestion en la base de ambos pulmones, complicaciones que siempre se observan en quemaduras de alguna consideracion.

Acto continuo se instituye un tratamiento apropiado para el aparato respiratorio y localmente se aplican compresas impregnadas en linimento oleo-calcáreo fenicado, por dos dias,

como analgésico. Posteriormente se hacen grandes lavages de ácido bórico al cuatro por ciento, de bicloruro y de tymol al uno por mil, seguidos de pomadas con antipirina, cocaina, iodoformo, ácido fénico y otras. Durante los diez primeros dias caen grandes zonas de partes blandas esfaceladas.

Veinte dias despues de su ingreso se encontraba mal; perdia rápidamente sus fuerzas y la supuracion de la superficie cruenta amenazaba ser tenaz é interminable.

En estas circunstancias se dió principio al empleo del ácido pícrico, aplicando cotidianamente hilas inglesas embebidas en una solucion: los primeros dias al cinco por ciento y una vez que apareció en las orinas la reaccion característica del Trinitro-fenol, se fué diluyendo la solución hasta 0.5 por ciento.

La accion benéfica de este medicamento no se hizo esperar; desde las primeras aplicaciones disminuyó la supuracion y cambió de aspecto la pérdida de sustancias consecutiva á las quemaduras, la cicatrizacion se hizo con gran rapidez y el enfermo salia de alta completamente curado sin quedarle ninguna retraccion cicatricial, á los quince dias de usar el ácido pícrico.

Debo hacer notar que la absorcion de este agente se verifica rápidamente; á las veinticuatro horas la orina cambia de color, se hace amarilla azafranada y con los reactivos correspondientes se hallan pequeñas cantidades de ácido nítrico y de fenol, cuerpos constituyentes del ácido pícrico.

El tegumento externo tambien tomó un débil color amarillento. Durante su empleo todos los órganos conservaron su funcionalismo íntegro.

Teniendo en cuenta el resultado tan satisfactorio de esta sencilla y eficaz medicacion, no nos cansaremos de recomendar su empleo en casos semejantes al nuestro.

Buenos Aires, Abril 30 de 1894.

EL PROFESOR POTAIN

Por el Dr. **B. Larroque**

De la Facultad de París

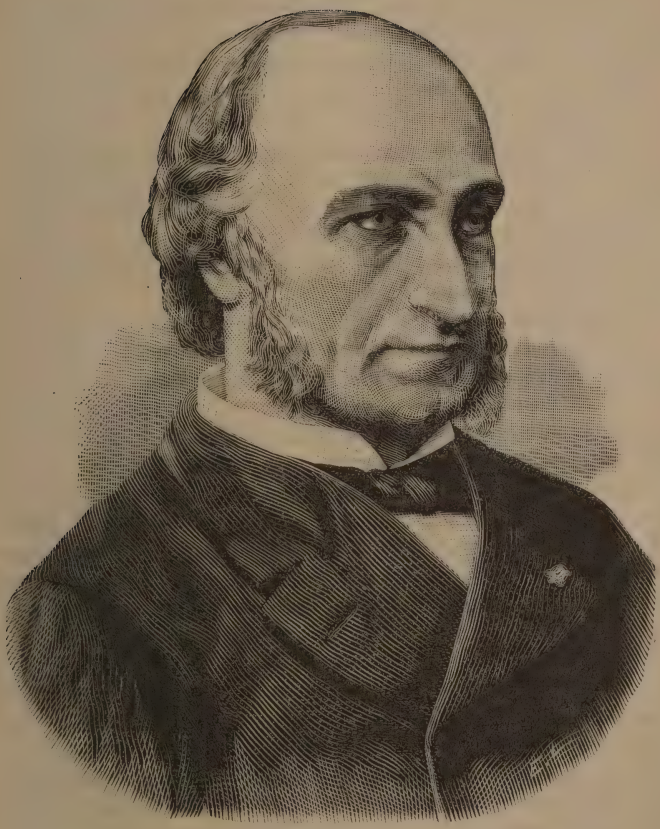
¡Cuán fácil es hablar de un sabio que en todo siempre cumple con su deber! En cualquier momento de la vida, en cualquiera esfera social, en el hospital como en su clientela privada, nunca se aparta del sendero del bien nuestro buen profesor. Es preciso haberlo visto en su clínica, á la cabecera de sus enfermos, para darse cuenta del corazon de este maestro. Los domingos, cuando casi nadie sigue sus pasos en sus aulas, durante varias horas se consagra al estudio minucioso de sus queridos pobres; es su manera de santificar este dia! ¡Con qué suavidad interroga al moribundo en su lecho, lo acaricia y le da una esperanza! Nunca se le escapa una palabra que pueda impresionarlo tristemente y se esmera en despertar confianza en el más incrédulo.

Se trasforma verdaderamente y deja una sensacion profunda Potain, cuando habla; uno no puede alejarse de él sin ser su amigo y sin sentirse mejor por su contacto. Era yo estudiante jóven la primera vez que lo ví; su cara desfavorizada por la naturaleza con sus ojos divergentes y su porte humilde, me parecieron un contrasentido al oirlo conversar; en un instante me conquistó. Su frase de bienvenida tan suave, tan halagadora, me hizo comprender que tenia ante mí un ser privilegiado.

Esta simpatía no tiene límites en su clientela privada.

¡Cómo no querer tanta abnegacion, tanta virtud, tanta caridad! En todos los rangos de la sociedad se habla del Dr. Potain y es buscado por todos. Incalculable es el número de enfermos que ve el jefe de clínica del hospital de la Caridad.

A las 5 de la mañana empieza su tarea y mas de una vez almuerza frugalmente en su carruaje. Apenas tiene tiempo de llegar á su casa, donde lo esperan á toda hora numerosos clientes inscriptos una semana antes en el registro de su consultorio. Sin descanso ninguno sigue sus obligaciones de la Facultad de Medicina á las cuales nunca se excusa; luego



PROFESOR POTAIN

vienen sus demás visitas que lo tienen ocupado hasta las horas avanzadas de la noche, y si por acaso algun momento libre se le presenta, lo dedica casi exclusivamente al trabajo intelectual y de cuando en cuando á la amistad.

Y este maestro que tiene tanta reputacion no abusa de su fama. Su tacto sabe dar con la posicion de cada uno y se descubre un infortunio jamás se encuentra desprovisto.

Hé aquí sus virtudes privadas, veamos ahora sus cualidades científicas.

Potain es parisiense, pero no por esto deja de ser un espíritu serio y sumamente trabajador. Es curioso pensar cómo puede con tanta clientela hallar tiempo para producir obras que han llamado la atención del mundo médico, y es de lamentar que este talento no pueda aún consagrar mas tiempo á las publicaciones científicas.

No ha sido siempre así: hubo una época en la cual dió luz á varios trabajos que hicieron prever lo que seria Potain. Su carrera rápidamente ilustrada no le dejó producir tanto como él hubiera deseado, pero á pesar de todo, veremos lo mucho que merece de la humanidad y que su labor infatigable basta para dejar á la posteridad un nombre intachable.

Nuestro profesor llegó pronto á la celebridad; en efecto, despues de varios años de internado en los hospitales de París, á la edad de 23 años, se recibió de doctor con una interesante tésis: «De los soplos vasculares que siguen á las hemorragias». Al poco tiempo fué nombrado jefe de clínica de su maestro Bouillaud. En 1859 (no tenia 30 años), con poco intervalo se presentó al concurso de médico de la Asistencia Pública y á la agregacion obteniendo brillantemente el título de médico del *Bureau Central* y de profesor *agregé* de la Escuela de Medicina de París. Nos queda de este último concurso su notable tésis de agregacion: «De las lesiones de los ganglios linfáticos viscerales». Con éxito suplió á sus profesores Rostan y Bouillaud y sucesivamente fué médico del hospicio de los *Menajes* en 1860, del hospital San Antonio, 1865, y de Necker, 1866.—A los 46 años, el 20 de Marzo de 1876, lo nombraron profesor titular de patologia médica y al año siguiente profesor de clínica del hospital Necker. Elegido el 19 de Diciembre de 1882 miembro de la Academia de Medicina, recibió en recompensa de sus servicios el título de Oficial de la Legion de Honor el 2 de Enero de 1888.

Potain, con sus 69 años es siempre el profesor estimado y escuchado por numerosos discípulos que siguen sus instructivas clínicas del hospital de la Caridad; pertenece á esa pléyade de sabios concienzudos que hacen de la observacion una ciencia elevada y esto lo hace con una sencillez incomparable. Ha escrito y escribe notas numerosísimas en diarios especiales y artículos en diccionarios de ciencias médicas; pocas citaciones darán cuenta del valor de sus escritos y descubrimientos en el dominio de la patologia interna.

Constataremos primeramente que Potain ha hecho del corazon la base de muchos estudios; todos no son conocidos; es imposible limitar su ciencia en dicha materia; seria necesario de otro Potain para apreciarlo. Comparable en parte á nuestro apreciado *Duroziez*, el inventor del *Fout-tata-roud*, que tambien tanto ha escudriñado este órgano esencial y sobre el cual tanto publicó y sigue publicando Mucho queda desconocido de la masa porque es preciso *especializarse* y quedarse horas y horas palpando, percutiendo, dibujando, escuchando, meditando.

En una nota sobre el « Dedoublement » normal de los ruidos del corazon, presentada el 22 de Julio de 1866 á la sociedad médica de los hospitales, dijo que « hay *desdoblamientos* y ruidos de soplos que no tienen que ver nada con una lesion de orificio », como por ejemplo los *desdoblamientos* normales que « resultan de los cambios transitorios que los movimientos de la respiracion imprimen á la presion de la sangre contenida en el corazon y en los vasos gruesos ».

Duroziez en un trabajo (« Archives médicales », 1877), que tiene por objeto la *estrechez mitral pura* sin accidentes ni disturbios cardio-pulmonares, seguidos frecuentemente de *embolia* cerebral, habló del famoso Fout-tata-roud. Segun Potain, dicho ruido es debido á la « desasociacion del chasquido de las válvulas sigmoides aórticas y pulmonares, la caída de las válvulas aórticas siendo prematuras ».

En su trabajo de « los movimientos y ruidos que pasan en las venas yugulares » (París, 1868), dice: « que el reflujo de la sangre en la vena cóncava inferior y en la vena porta, determina verdaderas pulsaciones hepáticas que fácilmente se sienten deprimiendo la pared abdominal debajo de las costillas falsas ».

Es principalmente en los estudios que tienen conexion entre las enfermedades del riñon y del corazon, que Potain verda-

deramente ha descubierto hechos trascendentales que lo colocan á la par de los primeros clínicos de este siglo.

En un escrito presentado á la sociedad médica de los hospitales (París, 23 de Julio de 1875), que lleva por título: «Del ritmo cardíaco llamado ruido de galope, etc.», habla de la hipótesis que subordina la lesion cardíaca á la lesion del riñon y de los vasos. Potain en esta admirable memoria discute metódicamente todas estas teorías y agrega: «En un buen número de casos, se puede constatar que la nefritis es el hecho primitivo y la hipertrofia del corazon su consecuencia.» Esta hipertrofia, segun Potain, puede ser el resultado de una *tonicidad* de los pequeños vasos, el riñon por accion refleja seria el punto de partida de dicha *tonicidad.*

Sigamos recorriendo estos estudios tan exactamente observados. Para Potain, la intensidad de los latidos del corazón es aumentada en ciertas hipertrofias del ventrículo izquierdo, como en la nefritis intersticial, sin que por esto haya palpitaciones.

El signo tan precioso descubierto por Potain en la nefritis mixta, permite descubrir la enfermedad de Bright mucho antes de otro fenómeno, y aún antes de la aparicion de la albúmina. El ruido de galope resulta de «la rapidez (brusquerie) con la cual la dilatacion del ventrículo se opera en el periodo presistólico, seria pues la consecuencia del exceso de la tension arterial», fenómeno habitual en las nefritis

No quiero dejar en silencio, puesto que hablamos de las afecciones de los riñones, sin recordar los estudios curiosos del *anasarco hemilateral* en las dichas afecciones, como supo observarlo en dos casos, despues de golpes recibidos en la region renal.

Potain ha investigado muchos otros puntos de la patología interna, y creemos de nuestro deber hacer notar algunos antes de terminar este artículo.

Todos tenemos en nuestras manos el aspirador de Potain y sabemos cuál es su constante utilidad.

Merced á Potain, conocemos el excelente método de lavajes que permite sin largas incisiones lavar frecuentemente la pleu-

ra y modificar su superficie con líquidos adecuados. Para esto introduce un tubo flexible en la cavidad torácica facilitando el lavaje con un ingenioso sifon. Para facilitar los lavajes tuvo la idea de practicar dos aberturas cercanas en el mismo espacio intercostal. Ha descrito este proceder en la gaceta de los hospitales del año 1869 (pleuresias supuradas, nuevo método de tratamiento).

En las enfermedades del hígado presentó un trabajo que apareció en el año 1878 y que lleva por título: «Nota sobre un punto de patologia de las dilataciones cardiacas de orígen gastro-hepáticas». Hace ver que las lesiones biliares tienen una accion directa sobre el corazon derecho, produciendo un soplo en el orificio tricúspide y no en el orificio mitral como lo pretendia Gangolphe (tesis, París, 1875). Demostró Potain que las «afecciones agudas de las vias biliares y particularmente la ictericia calculosa, determinan una dilatacion transitoria de las cavidades cardiacas derechas, produciendo insuficiencia tricúspide é hipertrofia ventricular si dura la lesion. Esta dilatacion es probablemente debida á un exceso de presion en la arteria pulmonar, cuya presion proviene de una disminucion del calibre de las pequeñas arterias del pulmon á consecuencia de una accion refleja trasmitida al bulbo y reflejada al pulmon por filetes del gran simpático.»

Ciertos edemas son el resultado de la diátesis reumática, en el tejido celular subcutáneo y son sin gravedad. («Diario de medicina y cirugia práctica, Nov. 1881).

Una vez bien estudiado este hecho, el 17 de Octubre del año siguiente, en una comunicacion á la Academia de Medicina afirmaba que «estos edemas no tienen nada de comun con los que acompañan las alteraciones del corazon ó de los riñones, no son el resultado de un estado caquéctico ó de una obliteracion venosa.»

En la «Semana médica» del 29 de Junio de 1887, llamó la atencion sobre las estrecheces cicatriciales del esófago, consecuencia de gomas sifiliticas ulceradas, que son muy raras; citó siete casos.

El 31 de Agosto del mismo año, en otro artículo («Clin. méd.»

«Semaine médicale») se ocupó de la colitis seca que se observa en las mujeres nerviosas, en los artríticos, en las personas sedentarias y de ocupaciones intelectuales. Esta afeccion, segun Potain, produce «disturbios dispépticos, flatulencia, pérdida del apetito, enflaquecimiento, y por disturbios reflejos la dispnea, insuficiencia tricúspide pasajera, dolores precordiales análogos á la angina de pecho, temblor durante la digestion intestinal, vértigos, melancolía».

Su artículo, *anemia*, aparecido en el diccionario enciclopédico de las ciencias médicas, nos muestra la importancia que tiene la *heredidad;* «la clorósis, los disturbios menstruales, las perturbaciones del sistema nervioso, las emociones, las penas, la extenuacion, las habitaciones oscuras, la falta de luz, siendo sus causas ocasionales».

Terminaremos citando su artículo *corazón*, del diccionario de ciencias médicas (tomo XVIII, pág. 606) en colaboracion con el Dr. Rendu, en el cual demuestra que se puede prever una embolia cuando se observan cuerpos flotantes en un orificio de este órgano.

Tambien no debemos olvidar el signo tan importante descubierto por él en el año 1877 (revista mensual) que se observa en el primer período de la tuberculosis: *respiracion entrecortada* (saccadée).

En esta brecha del trabajo parece infatigable este distinguido clínico y bastará citar lo que ha publicado el año pasado (1893) en un solo diario, «Semaine Médicale», y siempre con el brillo y seguridad á que nos ha acostumbrado. Pág. 27: El ioduro contra la aortitis crónica; pág. 229: De la sínfisis cardíaca; pág. 449: De los accidentes gástricos en los tuberculosos; pág. 481: De los accidentes intestinales en los tuberculosos; pág. 554: Endocarditis reumática aguda. Omito sus demás trabajos y su notable comunicacion del 23 de Octubre acerca de los movimientos de la superficie del corazon.

Estas citaciones que podríamos hacer más extensas y nutridas, dan suficiente cuenta del valor científico del insigne profesor y bastan para demostrar que Potain ha creado y tiene por consiguiente su puesto asegurado en el templo de

la inmortalidad. Sus desparramados trabajos algun dia se recojerán y asistiremos con gusto al merecido homenaje de una vida científica tan llena. Su enseñanza dejará rastros durables y sus lecciones no se borrarán de la memoria de sus discípulos y amigos, admiradores todos. Sin tener la facilidad de elocucion de Trousseau, con un físico ingrato, ha sabido atraerse todas las simpatías, y ha obligado á la multitud á venerarlo. Raros son los hombres que viven rodeados del cariño y de la admiracion universal. Potain es un sabio y un justo: me resta hablar de lo que es como amigo.

Hace poco, desde algun tiempo asistia á un íntimo compañero de internado, cuando vinieron á buscarle de parte de un príncipe, heredero de un trono. La respuesta de Potain fué ésta: « Diga á Su Alteza que no puedo, porque asisto á mi amigo y no me es permitido abandonarlo. » El médico que lo reemplazó recibió por sus honorarios una fortuna; Potain perdió á su amigo.

He dicho que era proverbial el cariño que Potain manifestaba á sus clientes: sobre todo se esmeraba si los enfermos eran discípulos ó amigos.

Ricord estaba en sus últimos momentos, cuando Potain acercándose le dice: « ¡Oh! mi querido Ricord, *quelle riche mine* (semblante) tiene Vd. esta mañana », y Ricord chistosamente le respondió: « Pues no le aconsejo de tomar acciones ». A pesar de este espiritual juego de palabras, Potain tuvo el triste consuelo de ver á su compañero apagarse entre sus brazos, ignorando en parte la gravedad de su caso.

Suma todo, se vé que con el profesor Potain no se trata de una reputación usurpada, llegado á la cúlmine de la ilustracion, siempre es el hombre modesto y afable de otros tiempos; las alturas no han cambiado su carácter; mas que nunca persigue su labor incansable en el dominio de la ciencia, y nada agota su caridad sin límites; sobradas razones tenemos para decir que Potain mucho ha merecido de la humanidad entera, y que su sitio está marcado al lado de los más ilustres, de los más venerados, de los más queridos.

Buenos Aires, Abril de 1894.

INFECCION É INMUNIDAD

Por el **Dr. A. Perez Iglesias**

Los nuevos horizontes abiertos á la ciencia por la bacteriologia, nos han conducido á estudiar los fenómenos de la vida bajo otro punto de vista, de lo que lo hacian nuestros antepasados; y la cuestion ha tomado tales vuelos, que hoy nos encontramos en un momento difícil para formar un criterio justo, ya que á fuer de tanto experimentar y de tanto discutir, hemos constituido una completa anarquia, por lo que respecta á la exacta interpretacion de los fenómenos observados.

El microbio, la bacteria, el esporo, el saprofito, presentes siempre en los actos más elementales del organismo, han concentrado en sí toda la atencion de los sabios, y bien que quede aun el infinito por explorar, es el caso que tenemos nociones importantes respecto al modo de ser de esos *analizadores hábiles* del cuerpo humano, que reproducen quizá dentro de nosotros, los mismos actos que practican los demás seres organizados para su conservacion.

Anterior probablemente ese mundo elemental al de organizacion superior; teatro quizás donde tuvo lugar la primera manifestacion de la vida, y archivo acaso donde se conservó ésta en las diversas catástrofes por que ha pasado el cosmos, es el caso que hoy parece ser el *primun movens* de los grandes procesos morbosos, que se producen en la escala animal.

El estudio de detalle, por interesante y curioso que resulte, no abarca por cierto un horizonte tan vasto como el de conjunto; y aunque éste resulte de aquél, la síntesis ha de ser más importante que el análisis de cada hecho particular á la vida y funciones de los infinitamente pequeños.

La infeccion, acto que se pretende explicar tan solo por la penetracion de un gérmen en el organismo, no resulta tan simple, analizando los hechos, ya que es preciso que el microorganismo se encuentre en condiciones determinadas, y halle el terreno en que ha de desenvolver su virulencia, á propósito á los actos de su vida. De este conjunto de condiciones de

penderá la manera de obrar del microbio, y es seguramente al modo de reaccionar la célula, de lo que dependerá la inmunidad ó el desarrollo del proceso infeccioso.

Pero hay más. La medicina no puede ocuparse tan solo de la profilaxia; necesita tener su arsenal terapéutico, ya que es muy dudosa la conveniencia que pueda haber en prevenir accidentes que no es forzoso que sucedan, en tanto que es lógico luchar ventajosamente con el proceso constituido ó en vias de evolucion.

Por simple y atrayente que parezca la *vacunacion*, yo entiendo que bajo el punto de vista práctico resulta un tema cómico, ya que se pasaria la vida entera en vacunar y revacunar, puesto que el número de enfermedades á microbios aumenta constantemente.

¿Qué pasará en un ser viviente el dia que se le vacunase de la viruela, el sarampion, la escarlatina, el cólera, la difteria, la fiebre amarilla, el tifus, etc., etc.? ¿Reportará beneficios reales, ó degenerarian las razas convirtiendo cada individuo en una estufa de cultura de virus atenuados?

He aquí el aspecto que presenta la cuestion, encarándola bajo la faz y las ideas de Kock, Klebs, Ferran, Freire y la mayor parte de los experimentadores modernos, para los que la terapéutica positiva arranca de la experimentacion *in vitro*, como tambien arranca la historia de todos los antisépticos habidos, desde el sublimado al izal, y desde el permanganato al sulforicinato de soda fenicado.

No: los resultados de la experimentacion de laboratorio, no son inmediatamente aplicables *in anima vili*, y por si la afirmacion necesitara prueba, la clinica es bastante elocuente para darlas hasta la saciedad.

Yo convengo que un micro-organismo dado, muera en un caldo al que se añada una cantidad determinada de un antimicrobicida, pero no puedo admitir que esa misma reaccion se produzca dentro del organismo, en primer lugar porque el caldo de cultura, no está sujeto á las leyes biológicas de los líquidos y sólidos de aquel; en segundo, porque el sublimado ó el izal, no van á la célula bajo la forma y acaso ni bajo la agrupacion molecular y atómica, que lo están en el tubo de cultura; y en tercero, porque, aunque así no fuera, el experimento hecho en el laboratorio con un gérmen, empieza por colocarlo en condiciones absolutamente diferentes á las

que se encuentra en la sangre ó la linfa, el intestino ó el hígado.

¿Es lógico imaginar que, dado un foco infeccioso pulmonar ó cardíaco, llegue justamente el bicloruro ó el ácido fénico que administramos por cualquier vía, al sitio del proceso bajo la misma forma, única como en el cuerpo se ha ensayado y en que se le ha inscrito como débil, mediano ó fuerte antiséptico? ¿Y quién puede afirmar que el izal ó el thimol lleguen en sustancia á verificar los fenómenos de inhibicion bis á bis del *staphilococcus* ó el *streptococcus*, que están germinando en el cerebro ó en el ovario.

El corolario se impone, y pienso que de una vez para todas debemos entender que si entre el experimento *in vitro* y las reacciones que surgen en el seno de los tejidos, existen diferencias tan inmensas, el resultado práctico que arranque de aquellos, no puede en modo alguno ser satisfactorio, porque la base es absolutamente falsa. No se me objete el éxito obtenido en los focos infecciosos accesibles á los medios mecánicos, ya que son éstos los únicos casos en que el microbicida en sustancia se pone en contacto directo con el micro-organismo patógeno, realizando el ideal del experimento de laboratorio, y eso no inutiliza en modo alguno mi argumentacion: trátase de examinar el tópico bajo una faz completamente distinta, investigando qué es lo que la terapéutica antiséptica puede hacer en los procesos generales de infeccion, ó para precisar más los términos, qué puede esperar el *médico*, de todas esas conclusiones y procederes, basados puramente en la experimentacion de gabinete.

No es ocioso dejar constatado, que los antisépticos cuyos efectos son más accesibles á nuestra investigacion, pertenecen al número de los insolubles y por tanto que obran sobre el micro-organismo, tal y como son químicamente; pero no sucede lo mismo con todos ellos, ya que el sublimado, por ejemplo, pasa el torrente arterial bajo la forma de cloro-albuminatos de cloruros alcalinos, mientras que el ácido fénico como todos los hidro-carbonados, sufren modificaciones de otro órden, en virtud de las que muchos abandonan ciertos principios volátiles al pasar por el pulmon, quedando solo los fijos, que probablemente sufren aún diversas metamorfosis, hasta que se eliminan por el riñon, el hígado, etc., etc.

¿Es esto proclamar nuestra impotencia en los procesos in-

fecciosos? ¿Es este un programa quizás de escepticismo refinado y de incredulidad sistemática?

De ningun modo. Es simplemente una protesta contra el vicio de deduccion prematura. Es una protesta contra el ilusionismo científico. Es una protesta contra la costumbre de dejarse sugestionar, confiando siempre al intelecto ajeno la resolucion de todos los grandes problemas: es, en fin, protestar contra la rutina, y proclamar el imperio de la lógica, que en ninguna ciencia hace más falta que en medicina, y en ninguna se prescinde tampoco de ella más.

Yo creo, que podemos luchar muy ventajosamente contra esa pléyade de seres infinitamente pequeños, que de un modo lento, pero constante, nos analizan: creo que no debemos preocuparnos gran cosa en inmunizarnos contra tal ó cual virus porque eso repito que seria el cuento de nunca acabar, y quien sabe hasta qué punto sería práctico en el porvenir de la raza, y creo al fin que sucede en esta cuestion, lo que en la mayor parte de las que surgen en la vida y es á saber: que por el afan de resolver los grandes problemas buscando de hacerlos girar en las esferas de lo intrincado y de lo extraordinario, resulta que pasamos al lado de hechos sencillos que nos darian la llave de esos grandes problemas, y que un defecto de observacion tan solo, los hace permanecer aún en la categoria de misterios.

Con efecto: la observacion más ligera nos enseña que el organismo está dispuesto de tal modo, que puede defenderse *per se* en los mil y un conflictos en que se encuentra á cada paso con los agentes exteriores, y no podria ser de otro modo dentro del plan general de la naturaleza, ya que todos los seres tienen sus recursos propios para la lucha por la vida y para la conservacion del individuo y por ende la de la especie. Estos medios, existen en el organismo, y si en ciertos momentos aparecen como en estado de inhibicion, es tan solo *per accidens*, mas de ninguna manera por carencia absoluta ó desaparicion completa, salvo en casos excepcionales, y éstos no pueden entrar nunca en línea de cuenta, tratándose de la cuestion bajo el punto de vista general.

Desde los seres de organizacion tan elemental como los espongiarios, hasta el mamífero de organizacion más complicada, existe en todos la *funcion fagocitaria*, que en sus dos fases de *enquistar* y *digerir* los cuerpos extraños, realiza el

ideal de la conservacion, inutilizando y eliminando cuanto es nocivo á su desarrollo y evolucion normal.

Semejante funcion, encomendada en el cuerpo humano al leucocito y al endotelio principalmente, regula por decir así la vida microbiana, reduciéndola probablemente á lo necesario á cada acto—(quizás el papel de fermentos y ciertos cambios de nutricion)—y es indispensable que esa fagocitosis permanezca en equilibrio perfecto, para que la célula llene su normal cometido. La *hipo-fagocitosis:* he ahí la clave de la infeccion, como seguramente lo es la *hiper-fagocitosis* de la inmunidad, de lo cual resultaria, que hay en el organismo medios seguros de defensa contra microbios toxinas ó toxo-albúminas, y cualquiera de los venenos que aquellos segregan.

E. Metchinkof, estudiando la inflamacion bajo el punto de vista comparado, ha abierto un nuevo horizonte á la clínica, trazándole el verdadero derrotero á seguir en la investigacion terapéutica, y las experiencias hechas por el dicho sabio á propósito de la fagocitosis y las propiedades quimo-taxicas ya positiva, ya negativa del leucocito bis á bis del gérmen son tan clásicas, que es seguro que en el porvenir darán resultados prácticos asombrosos é inesperados. El micro-organismo tiene su antagonista en el leucocito, y es por eso que no es lógico dirigir la terapéutica á inhibir ó anular el gérmen, sino á excitar, á robustecer el microfito en su propiedad fundamental, ya que llenando la funcion fagocitaria que le esté encomendada, el resultante de esa reaccion no puede menos de ser el aniquilamiento del microbio.

Esta interpretacion científica es el *desideratum* de médicos y extraños cuyo objetivo en todos los procesos morbosos consiste en sostener las fuerzas del enfermo, esperando que por un mecanismo desconocido, la naturaleza opere la curacion, sinónimo de que restablezca el equilibrio funcional. Y bien: el mecanismo en la infeccion no es otro, que estimular la *fagocitosis del microfito*, y la curacion responde justamente al restablecimiento de dicha funcion, que en general debe exaltarse en los momentos álgidos de la generacion microbiana, momentos en los que se producen toxinas—(*acto de secrecion y probablemente normal del gérmen*)—y la escision ó el esporo, acto de conservacion de la especie.

En la infeccion, pues, no ocurre sino la sucesion gradual y

lógica de fenómenos resultados de la vida de los infinitamente pequeños, que transforman la célula, al modo como puede serles útil á su desenvolvimiento y conservacion, y cuyos fenómenos representan genuina y puramente los que surgen en el macro-cosmos, para llenar los mismos fines. Uno y otro entablan la lucha por la existencia y cada cual la defiende con sus recursos propios: el fagocito, con su poder de enquistar y digerir al gérmen, y éste segregando sus toxinas, capaces de inhibir y anular á aquel, y su funcion por consiguiente.

Entendido así el proceso infeccioso general, el ideal terapéutico no puede ser sino uno: destruir prematuramente el gérmen; pero tratándose de procedimientos de eleccion, empiezan las opiniones y los sistemas, y empieza la anarquia y desaparece la lógica. ¿Cómo llegar al fin deseado? ¿Podemos destruir la germinacion microbiana una vez constituida en un organismo viviente?

Aparte del calor, cuyo poderoso medio es hoy por hoy inaplicable al hombre, la terapéutica no conoce nada que llene la aspiracion del clínico al punto, que por lo que respecta á los antisépticos, tan problemática es su accion, como su inocuidad, pues que la observacion diaria demuestra que hay enfermos que sucumben, no á los progresos de la infeccion, sino á la accion tóxica medicamentosa. No faltan ocasiones de comprobar este aserto, y yo poseo casos detallados de intoxicaciones por el sublimado y el ácido fénico en el curso de infecciones en que se abusa lamentablemente de estos cuerpos, y en las que su supresion ha bastado para cambiar favorablemente el curso del proceso.

Es á causa del peligro de intoxicacion por un lado, y á la acción destructora que muchos antisépticos operan sobre los tejidos,—impidiendo á veces la cicatriz por primera intencion, —que los cirujanos más competentes borran más y más la lista de microbicidas y sus soluciones en las operaciones; yo recuerdo haber asistido á una sutura de la rótula practicada por el ilustre J. Lister, en Lóndres, hace dos años, y pude observar que el gran campeon de la antisepsia, no tenia á mano sino agua filtrada. En los servicios de mis queridos maestros L. Tait y O. Tewillon, sucede poco más ó menos lo mismo, aún en las grandes intervenciones sobre el peritoneo.

La ley erigida por los grandes maestros, no podia menos

de imponerse de la observacion diaria, y si esto sucede en los casos en que como he dicho se realiza casi el ideal de la experiencia de laboratorio, ¿qué no debe suceder en los dominios de la patología interna, donde, como he demostrado, las reacciones se pasan de un modo absolutamente distinto que *in vitro?* ¿Quién ha visto abreviar un dia el proceso definido de una pneumonia, ni disminuir un septenario el de la fiebre tifóidea, ya constituida, con el uso del fenol ó el sublimado? ¿No están acordes todos los autores en que las medicaciones tienen tanto más éxito cuanto más se respeta el axioma de *sostener las fuerzas y no intervenir perturbando?*

Expuestos á grandes rasgos los recursos de que disponemos y sus resultados positivos por lo que importa á la destrucción del micro-organismo que pueden operar; y desprendiéndose de este rápido análisis lo insegura y problemática que es su accion, queda como solo medio lógico y racional, producir los efectos que se esperaban de ellos, por el intermedio del fagocito. ¿Cómo?

Hé aquí seguramente el porvenir de la medicina. Es preciso buscar el medio de excitar el leucocito y provocar la *hiper fagocitosis*. Es necesario estudiar el medio de dar mayor resistencia á la célula, despertando su actividad, que en último término reasume la antigua fórmula de fuerza vital. Es indispensable, en fin, simplificar los procedimientos y aproximarse á lo sencillo, que en fin de cuenta encarna en sí los procedimientos que emplea la naturaleza.

Yo pienso que el primer paso ya esta dado, y que la *seroterapia* es la primera piedra sobre la que se edificará un edificio de terapéutica racional. Ni sé el mecanismo, ni conozco el *por qué* el suero artificial produce fenómenos tan extraordinarios en el curso de las infecciones; pero el hecho es de observacion constante, y valiéndome de la frase del inmortal C. Bernard, lo que nos interesa más inmediatamente es el determinismo del fenómeno.

Se trata de un medio fácil, sencillo y superior en mi opinion á los empleados hasta aquí. No hay que temer trastornos de ningun género, y los enfermos toleran admirablemente dósis grandes de suero, sin ninguna clase de protesta del organismo, que por el contrario se influencia benéficamente al contacto de dicho líquido.

Yo sé que la verdadera protesta se levanta por parte de

algunos médicos, avezados á la rutina, y cuyo criterio supremo consiste tan solo en aplicar lo que el autor A ó B aconseja, sea ó no basado en la clínica ó la lógica; tranquilícense esos espíritus timoratos, y no tengan inconveniente en usar el suero artificial, del que obtendrán más resultados prácticos en los procesos infecciosos, que con todos los antisépticos y microbicidas inventados y ensayados hasta hoy.

En otro artículo me ocuparé de presentar á la consideracion de mis colegas, datos y detalles con absoluta base clínica respecto al suero y sus indicaciones, y espero que con las piezas de convicción, muchos excépticos empezarán á pensar seriamente en la acción de él, sobre todo en esos procesos en que lo gráfico, es la consuncion y la adinamia.

Por el momento basta con este ligero boceto, que, repito, tendrá su ampliacion en algun trabajo próximo.

Buenos Aires, Abril 28 de 1894.

OBSTRUCCION INTESTINAL

Comentarios sobre una discusion en la Sociedad Médica Británica

Por el Dr. **Luis C. Maglioni**

CIRUJANO DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES

Por tratarse de un asunto de palpitante interés y de actualidad, dado el desarrollo é intensivo progreso de la práctica quirúrgica, he creido útil presentar á los lectores de los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO, libremente traducidos, los conceptos vertidos, hace poco tiempo, en el seno de la Sociedad Médica Británica, respecto de la obstruccion intestinal.

Me permitiré, al mismo tiempo y al terminar esta transcripcion de las opiniones de tan eminentes médicos y cirujanos ingleses, agregar mi desautorizada manera de pensar respecto de tan importante asunto, llevando aunque sea el mas mínimo concurso á la solucion de esa cuestion que está sobre el tapete médico-quirúrgico universal.

Sociedad Médica Británica

Viernes, Agosto 4 de 1893.

El Sr. F. PAGE abrió la discusion sobre la obstruccion intestinal. Dijo que pocos casos daban en la práctica márgen á dificultades y dudas mayores que los casos de obstruccion intestinal, y que entendia por obstruccion intestinal aguda, «una detencion total al paso de las heces fecales y de los gases.» Son estos síntomas de una gran variedad de condiciones, todos los cuales comprometen la vida proviniendo la dificultad para el tratamiento de la duda respecto de la causa de la obstruccion. En una hernia estrangulada el tratamiento es obvio. Se trata primeramente de librar el intestino aprisionado por medio del táxis, primero sin y despues con el auxilio del cloroformo, y fracasando el táxis se practica la operacion cruenta. La herniotomia es favorable en proporcion á su mas temprana ejecucion, y no se podrian negar los graves perjuicios ocasionados frecuentemente por el táxis. Cuando no se encuentra ninguna hernia, la causa de la obstruccion estará en el interior del abdómen y el tratamiento debe ser semejante. Desgraciadamente no es posible asegurar si los síntomas son debidos á estrangulacion, pudiendo ser ellos debidos á alguna de las varias condiciones mecánicas que se sabe causan obstrucciones ó á un proceso inflamatorio agudo, como ser la supuracion de la vesícula biliar, la peritonitis ó la tiflitis. Tratar un ataque inflamatorio agudo por el táxis abdominal é inyecciones repetidas de aire ó líquidos, expone mucho á un desastre. La obstruccion mecanica y la perforacion son mejor tratadas por la seccion abdominal, siendo generalmente imposible determinar cuál es la causa de una peritonitis, ó cuál es la naturaleza de la obstruccion sin abrir el abdómen. ¿Por qué no se abriria el abdómen con el propósito de cerciorarse de la causa de los síntomas y de removerla si fuera posible? En la actualidad una exploracion no aumenta materialmente el peligro y es posible y aún probable que ella revele la naturaleza de la enfermedad. Es verdad que en una pequeña proporcion de casos la curacion tiene lugar sin operacion y que la mortalidad en casos de laparotomia por estrangulacion es por el mo-

mento muy elevada. Tambien la mortalidad en la herniotomia suele ser grande por la misma causa, á saber: la demora. En ambas clases de casos, cuanto mas temprana es la operacion, mayor es tambien la probabilidad de buen éxito. Encarece por su parte la necesidad, una vez probado inútil un cuidadoso exámen del abdómen bajo el cloroformo, de explorarle por medio de una incision. ¿Cuál es la alternativa? Demora, ópio y belladona, copiosos y á menudo repetidos enemas, inversion, táxis abdominal bajo el cloroformo, sacudimiento é inflacion. En pocas de las conocidas causas de obstruccion intestinal pueden estos medios llegar á buen fin. En algunos casos pueden ser dañosos y pueden disminuir las probabilidades de éxito cuando se decide por fin operar. En los casos mas agudos la indicacion es abrir pronto el abdómen; en los casos mas crónicos otras medidas deben tomarse, mientras que en una clase intermedia subaguda es lo mas difícil determinar lo que debe hacerse. El mejor guia para el tratamiento es el efecto que la enfermedad está produciendo en el paciente. Si los síntomas, que han de ser estrictamente acechados, indican que las fuerzas vitales amenazan decaer, entonces aunque los síntomas por sí mismos no sean muy severos, la operacion debe presentarse sobre el tapete y aun cuando las oscilaciones entre la idea de abrir el vientre y la idea de esperar arribasen á un equilibrio, es mejor operar.

El Sr. Hutchinson habló en favor del táxis en la hernia y en la obstruccion intestinal. Siempre puso gran empeño en reducir los casos de hernia estrangulada por medio del táxis. Por casualidad puede tener lugar una muerte despues de la reduccion, pero la regla es la curacion. La operacion está acompañada de peligros, y es especialmente peligrosa la abertura del saco en una hernia inguinal, y siempre habrá en ello peligro cualquiera que sean los progresos que haga la cirugia. No puede compararse la herniotomia con abertura del saco con la abertura del peritoneo en estado de salud. Nos engañaríamos si aplicásemos nuestra experiencia de una série de casos á otros de un carácter totalmente distinto. El saco inflamado de una hernia inguinal no puede ser abierto impunemente. Defendiendo la reduccion por medio del táxis no hacia la

apologia de la demora. Hacer el táxis no es sinónimo de esperar y si aplicaba el hielo esperaba para ver el efecto. Podria ser interrogado si empleaba el táxis forzado. Lo ha hecho en efecto, tan fuerte como se lo permitian sus dedos, pero con cuidado, fijando el cuello del saco hasta que sus manos se cansaban. Pedia entonces á otro cirujano continuase el táxis, y continuaba así fatigando las manos de sus colegas y la hernia se reducia al fin. Podria citar muchos casos, pero no mencionaria sino uno que expresaba sus vistas respecto de la abertura del saco. En un caso de hernia estrangulada, seis horas despues de fracasar el táxis, se practicó la herniotomia y el saco fué abierto. No habia allí condicion alguna intestinal que produjese un resultado fatal; sin embargo, el enfermo murió de peritonitis, indudablemente debida á la operacion. Ha leido todos los casos publicados de obstruccion intestinal, ha conversado con todos los cirujanos que encontraba respecto de su esperiencia y resultados, y confesaba su preferencia por el táxis abdominal. En gran escala el éxito ha coronado este procedimiento. La obstruccion intestinal aguda no podria ser definida, é hizo excepcion á la definicion del Sr. Page. No hay lesion alguna que pudiese ser asociada con ningun síntoma definido, y aunque habian algunos casos en los cuales la operacion pudo ser necesaria, no obstante eran tan mixtos en sus síntomas, tan indistinguibles, que pensaba era sensato dejar que dichos casos siguiesen su marcha. El peligro era mucho mayor si se abria el abdómen. Su opinion era de ensayar decididamente el táxis abdominal, y podria mencionar una docena de casos en los cuales el buen éxito fué la consecuencia de este tratamiento. Se habia dicho que él preconizaba el masaje y el sacudimiento del enfermo en una manta. Su plan consistia en dar el cloroformo, sostener el enfermo por sus piernas sacudiéndole al mismo tiempo, suministrarle enemas y empujar los intestinos de lado á lado muy enérgicamente. Esto fué hecho felizmente en el caso de un amigo médico que tuvo un ataque de dolor agudo y vómitos y con completa obstruccion durante treinta y seis horas; lo mismo en el caso de un colegial, y podria mencionar caso tras caso en que igual resultado fué obtenido. Disiente del parecer del Sr. Page, de que hay pocos estados abdominales susceptibles de ser

dominados por el táxis; que hay muchos casos de bridas ó de torsion en los que la reduccion seria fácil y en los que el intestino podria ser colocado en órden por medio del movimiento sobre el abdómen. Por lo demás, debe tomarse en consideracion la fatalidad de la operacion. Apelaria al Hospital de Lóndres porque estaba mas en relacion con la práctica allí seguida, y aun cuando habian allí cirujanos partidarios de la laparotomia en la obstruccion intestinal, no tenia conocimiento sino de un solo caso en el que la operacion dió un resultado feliz. En efecto, el peligro es muy grande y las probabilidades de éxito muy pocas. Refirióse en seguida á la obstruccion por cálculos biliares y dijo desafiaria á un cirujano el diagnosticar la obstruccion por dichos cálculos. Cuando esas concresiones eran halladas, lo eran generalmente de una manera inesperada, y en muchos casos los enfermos llegaban hasta las puertas de la muerte y eran luego repentinamente vueltos á la vida por la emision de dichos productos biliares. Surge la cuestion: ¿qué debe hacerse si el táxis abdominal fracasa? ¿Debe abrirse el abdómen? Confiesa que cree el paciente tendria generalmente mas probabilidades de curar por esperar que por sometérsele á la seccion abdominal.

El doctor Hume admite que los resultados de la operación han sido hasta aquí no satisfactorios.

El táxis prolongado, no obstante, es muy nocivo y perjudica el resultado ulterior. Hay en él un gran descuento sobre el éxito y además no se sabe con él qué estado interno se trata de arreglar.

Lo más importante es hacer un diagnóstico correcto.

El doctor Ward Cousins podria apelar á tres casos de reduccion por el táxis, todos en individuos jóvenes. Un caso fué seguido de un inmenso escape de gases aprisionados. El abdómen no debiera abrirse demasiado frecuentemente ni con demasiada precipitacion.

Seria de desear el hacer un buen diagnóstico, pero no hay ni un solo síntoma ó grupo de síntomas en los cuales se puedan confiar los cirujanos.

La perforacion intestinal simula la obstruccion.

El doctor Tyson dijo que el pronóstico de la herniotomía, etc., en los hospitales de Lóndres, no debia ser comparado con el pronóstico en las provincias ó en la práctica

privada, desde que los casos no eran vistos al principio. El cirujano no debe, para intervenir, esperar el colapso.

El señor Morison objetó las doctrinas y práctica del señor Hutchinson, referentes al táxis. No se demora en hacer el táxis, sinó que practica inmediatamente la herniotomía. De 100 casos de herniotomía solamente uno murió de peritonitis; en ningun otro caso el enfermo murió por causa de la operacion. El táxis es responsable del fatal resultado en los casos de reduccion *en bloc*. Los casos que se recobraban espontáneamente de la obstruccion, eran aquellos que se abandonaban á sí mismos ó eran tratados por el método de Thomas, lavando el estómago con ópio y enemas. ¿Conoce alguien algun caso de curacion despues de veinticuatro horas de vómitos fecalóides y de meteorismo?

El doctor Wilkinson preguntó si se conocian algunos casos de curacion de obstruccion intestinal despues que el cirujano los hubiese considerado sin esperanza.

El señor Rivington dijo que, á la vez que conforme con mucho de lo aseverado por el doctor Hutchinson, respecto del beneficio que podria deducirse del táxis abdominal en los casos de obstruccion intestinal, piensa que ha rebajado la importancia de la laparotomía en estos casos. El señor Hutchinson ha comparado, desfavorablemente para la operacion, los resultados por él obtenidos con el táxis abdominal, con los resultados de la laparotomía, y ha sentado que en el Hospital de Lóndres no ha habido un solo caso de curacion por la laparotomía, exceptuando un único caso de estrangulacion por brida. El hecho es que las operaciones no han sido eficaces, porque la mayor parte de ellas fueron emprendidas demasiado tarde. Los casos de obstruccion intestinal á menudo no se someten al cuidado del cirujano hasta pasado el momento oportuno en que pudiera haberse operado con esperanzas.

Reconoce plenamente el valor de las manipulaciones y ha curado varios casos masajando el abdómen bajo el cloroformo y por los enemas. Lo que falta es combinar las ventajas derivadas del táxis abdominal con las obtenidas por medio de la operacion. La operacion debe practicarse pronto, á saber, en las primeras veinticuatro horas. Si el táxis y los enemas fallasen, el cirujano debe proceder á operar sin demora, porque si los enfermos fuesen abando-

nados á sí mismos, moririan casi seguramente. Cuando se tuviese un cierto número de casos de operacion hecha dentro de las primeras veinticuatro horas, seria útil comparar los resultados con los obtenidos por el táxis abdominal y con la demora. En este momento la comparacion no es posible. Frustrados, como han sido, los resultados de operaciones hecha en las condiciones mencionadas, creia que si se consultase una série de casos de operaciones á tiempo practicadas, el resultado sería un bello triunfo para la cirugía operatoria.

El señor Haslam piensa que las observaciones del señor Hutchinson eran dignas de un sério exámen. Desearia saber si algun mal resultado no haya sido debido á la manipulacion abdominal considerada en sí misma. La operacion, para ser feliz, debe hacerse pronto y sin demora.

El doctor Newman dijo que hace dos años tuvo lugar en Glasgow, una discusion semejante con igual diversidad de opiniones, pero la conclusion á que se arribó fué de que los enfermos con oclusion intestinal pertenecian á las salas de cirugía. Ha hecho muchas autopsias como patologista durante diez años y no se ha encontrado nunca con un caso en el cual la operacion hubiese causado la muerte del enferme. El abdómen debe ser abierto para hacer un diagnóstico y las ventajas de la operacion temprana estaban bien demostradas con referencia á la cirugía del riñon.

Su experiencia en la mesa de autopsias le enseñaba que más casos mueren por falta de operacion, que por la operacion misma.

Un miembro de la Asociacion, replicando al señor Hutchinson, mencionó un caso en que se diagnosticó obstruccion por cálculos biliares que se dominó por la laparotomía, aunque el enfermo murió despues.

El señor Page, en contestacion, dijo que consideraba quedar establecida la proposicion de que cada caso debía ser atacado segun sus propias circunstancias y que no podía formularse de antemano ningun tratamiento dogmático.

Disiente con el doctor Tyson, en que los casos de obstruccion pertenezcán al médico. El punto débil del lado quirúrgico eran los desfavorables resultados de la operacion, pero no obstante de que estos resultados no hayan sido satisfactorios hasta ahora, no siemre sucederia lo mismo.

Como se vé, poco más ó menos, ha habido acuerdo entre las opiniones de casi todos estos señores, que han atacado la manera de pensar excepcional del doctor Hutchinson.

Me adhiero decididamente á la mayoría en este caso.

Tratándose de la hernia estrangulada, cualquiera que sea su especie, inguinal, crural ó umbilical, no hay que hablar: la buena doctrina indica la operacion inmediata lo más pronto posible. De acuerdo con esto, he declarado hace un año, al publicar mi segunda serie de casos de cura radical de hernias, que en la estrangulacion herniaria, con los adelantos actuales de la cirugía, el táxis está contraindicado.

Al hablar el doctor Hutchinson de la manera que lo hace respecto de los gravísimos peligros que acompañan á la abertura del saco de la hernia, nos revela que no tiene buena experiencia de estas cosas. Creo que, por regla general, en los casos de estrangulacion herniaria, el táxis no consigue su objeto; creo más, y es que no solamente es casi siempre inútil, sino que es seguramente perjudicial, por la demora con sus consecuencias y por la contusion de órganos en estado comprometido.

Perfectamente, un caso de hernia estrangulada tratado por el táxis, dá por resultado la curacion del enfermo sin operacion. Pero, ¿quién podria asegurarlo de antemano, siendo esto, como he dicho, excepcional? Se libró al enfermo de un riesgo, es cierto, el de la operacion siempre grave, pero se le hicieron correr los otros riesgos mayores, ya enunciados, sin contar con que se perdió en aquel procedimiento la oportunidad de practicar la cura radical, que si no siempre es verdaderamente radical, es por lo menss benéfica para el paciente, aún en los casos de recidiva.

Es completamente inaceptable el juicio emitido por el doctor Hutchinson, en el caso que cita de un táxis de seis horas fracasado con herniotomía consecutiva y muerto de peritonitis, debida, según él, á la operacion.

En mi concepto, esta muerte es imputable al táxis y á la demora, en el supuesto, se entiende, que dicha operacion hubiese sido practicada segun todas las reglas del arte. Esta última salvedad es necesaria, desde que en la simple operacion de herniotomia en casos sin estrangulacion, es decir, en la llamada cura radical de la hernia han habido casos de muertes debidas, á no dudarlo, á la operacion misma, pu-

diendo unos cirujanos y otros no, presentar á este respecto estadísticas perfectas.

En cuanto á la obstruccion interna, tambien el tratamiento ciego del táxis abdominal, que preconiza el doctor Hutchinson, es inaceptable.

No hay duda de que la laporotomia es y será tal vez siempre algo más grave que la herniotomia con abertura y reseccion del saco. El hechc es que la abertura de la gran serosa peritoneal impone más respeto al cirujano que la abertura de la pequeña serosa, ó sea del saco herniario.

No obstante, se presiente como un progreso que casi seguramente ha de hacer la cirugia, si no lo está haciendo ó lo ha hecho ya: la laparotomia practicada tan corrientemente como la herniotomía. Y entonces la laparotomia *temprana* y *decidida*, sin los magullamientos ciegos y brutales del táxis abdominal. Es por esto, sin duda, por la aún mayor gravedad operatoria, que se hace generalmente más tarde todavia la laparotomia que la herniotomia y, como le han dicho al señor Hutchinson sus colegas de la Sociedad Británica, no se puede, en esas condiciones, deducir doctrina en contra de los procedimientos operatorios.

Yo mismo, en mi reducida práctica, he tenido ocasion de practicar varias veces la laparotomia en casos de estrangulacion interna, en algunos con reseccion intestinal por gangrena, perc siempre tarde, muy tarde. En todos ellos he visto la palabra «muerte» escrita con caracteres nítidos debajo de la serosa.

Esperemos que pronto habrá más coraje en las familias, en los médicos y en los cirujanos para afrontar, con gran prudencia y sin precipitacion por otra parte, estos problemas complejos y difíciles, pudiendo entonces decirse resueltamente: este es el camino, sigámoslo; y no el del táxis abdominal que, si bien puede contar en su activo con algunos casos felices, no ofrece ni ofrecerá nunca sino muy débiles garantias, las garantias de la casualidad, muy tristes por cierto.

Buenos Aires, Abril de 1894.

CONGRESO MÉDICO INTERNACIONAL

Reunido en Roma, en Abril de 1894

Relacion del Sr. Silvio Tatti

Damos en seguida una breve reseña de las más importantes sesiones celebradas por el XI Congreso Médico de Roma, de 1894, que, como se sabe, ha sido presidido por Guido Bacelli, actuando como secretario general E. Moragliano.

Seccion de patología general y anatomía patológica

EL PARASITISMO EN EL CÁNCER

Pio Foá (de Turin) conferenciante. — Despues de entrar en algunas consideraciones con respecto á la etiologia del cáncer, dice que un autor ha creído descubrir el parásito productor de éste en un microbio del género de los eschisomicetas; pero pronto se demostró que estos micro-organismos no desempeñaban ningun rol, en su etiologia; sin embargo, el hecho de ser trasmisible el cáncer en individuos de una misma especie, las inoculaciones producidas por el bisturí, su desarrollo, que de local que es al principio, se generaliza despues, hacen creer á muchos patólogos su naturaleza parasitaria, negando otros su orígen infeccioso el no haberse visto epidemias de cáncer y explicando su contagiosidad y diseminacion por restos de tejidos trasplantados ó transportados á otras regiones.

Hé aquí, á pesar de todo, los hechos que tienden á probar la etiologia parasitaria del cáncer.

Thoma fué el primero en ver en el interior de las células cancerosas, cuerpos á veces intra ó extranucleares y sustancias cromáticas, que supuso de naturaleza parasitaria.

Albarran, Darier y Malassez, describieron en los cánceres epiteliales y medulares, así como en la enfermedad de Paget, ciertos elementos que recuerdan á la psorospermias.

Steinhaus y otros, constataron en el núcleo y en el proto-

plasma de las células, cuerpos de naturaleza parasitaria. Russel encontró elementos que se colorean fuertemente con la fucsina ácida y que tomó por blastomicetas, pero se encontraron en otros tejidos no cancerosos; se les considera hoy como análogos á los gránulos de Altmann y á gotitas hialinas. Sucediéronse despues muchos trabajos de Podoyssotzki, Soudakévitch, etc., etc.

Pio Foá, describió en Octubre de 1893, elementos intraplasmaticos paranucleares, con protoplasma muy fino, de un corpúsculo central y de una cápsula á doble contorno. Algunas veces el protoplasma se segmenta regularmente, no siendo éstos, esporos. Al mismo tiempo que se desenvuelve el parásito aumenta el corpúsculo central, atrofiándose el protoplasma; poco después el corpúsculo se llena de pequeñas granulaciones, habiéndose transformado en un esporocisto. La cápsula y los restos del protoplasma se colorean de azul por la hematoxilina. En contra de Soudakevitch, no admite que los segmentos protoplasmáticos sean esporos, pero abstraccion hecha de algunas divergencias, parece que los cuerpos descritos por Soudakevitch, Ruffer, Clarke y Cattle, son idénticos á los descritos por Foá.

Estos parásitos se encuentran en tumores de origen glandular, conteniendo las partes periféricas las demás pequeñas dimensiones, hallándose en cambio en el centro los más grandes. Parece que estos parásitos no se desenvuelven sino sobre cierta clase de epitelios, probablemente el pavimentoso.

He aqui las razones para no confundir los parásitos con cosas algo parecidas.

La degeneración mucosa dá una reaccion análoga con la hematoxilina, pero las gotitas del mucus son granulosas, no tienen cápsulas y le faltan alguna particularidades de estructura de los parásitos del cáncer. Las inclusiones celulares debidas á la fagocitosis, se comportan de una manera diferente en las sustancias colorantes. Los *centrosomas*, el *archiplasma*, los filamentos del *mitoma*, presentan un aspecto característico y se coloran de manera muy distinta.

Hasta ahora no se han podido obtener culturas del parásito del cáncer. En resúmen, concluye que entre las diferentes hipótesis emitidas sobre las causas del cáncer, la del

orígen parasitario es hasta ahora la más verosímil, á pesar de que no pueda explicar todavia todos los hechos clínicos y anatómicos relativos á los neoplasmas cancerosos.

DRES. CAZIN, TEISSIER Y MASSALONGO.

Seccion de obstetricia y de ginecología

DEL AGRANDAMIENTO MOMENTÁNEO DE LA PELVIS

Pinard (conferenciante) — Despues de estudiar la importancia de esta operacion, basado en una estadística de 38 agrandamientos momentáneos de la pelvis, que han dado para la madre, 36 curaciones y 2 muertes, con 34 niños vivos y 4 muertos, emite relativamente á la sinfisiotomía, las conclusiones particulares siguientes:

1º. La sinfisiotomía ó pubiotomía aséptica es una operacion no peligrosa.

2º. Para ser útil debe ser completa, y la separacion previa del pubis debe guardar relacion con el estrechamiento de la pelvis.

3º. Esta operacion se efectuará, cuando el cálculo demuestre que una separacion de 7 centímetros permitirá el pasaje de una cabeza de feto á término.

4º. La separacion del púbis, mayor de 0.07 cent. debe ser desechada por determinar lesion de las partes blandas.

5º. En los estrechamientos en los que la separacion del pubis, llevada á 0.07 cent., no diera pasaje á la cabeza del feto, se recurrirá á la seccion cesárea seguida de la amputacion útero-ovárica.

6º. En los casos de pelvis oblícua ovalar con sinostosis de una de las articulaciones sacro-iliacas, cuando el estrechamiento no permite el parto, es necesario practicar la ischiopubiotomía (operacion de Farabeuf).

7º. En casos de anquilosis del coxis, que impida el parto espontáneo, es necesario efectuar la coxigotomía.

Como conclusiones generales establece que la embriotomía sobre el niño vivo no debe ser del todo proscrita y que el agrandamiento momentáneo de la pelvis, practicado en las condiciones ya indicadas, debe abandonarse: 1º, en el parto prematuro artificial; — 2º, en toda operacion que tenga por

objeto hacer luchar la cabeza fetal contra una resistencia de la pelvis no vencida por las contracciones uterinas.

LANDUCCI, (de Florencia).

Seccion de medicina

ESTUDIO EXPERIMENTAL SOBRE LA LOCALIZACION DE LOS LÍQUIDOS COLORANTES INYECTADOS POR LA VÍA TRAQUEAL Y Á TRAVÉS DE LA PARED TORÁCICA EN LOS PULMONES DE ANIMALES Y EN LAS CAVERNAS DE LOS TUBERCULOSOS.

Heryng (de Varsovia). — Como consecuencia de diversos trabajos, hé aquí las conclusiones á que ha llegado:

Las inyecciones de pyoctanina efectuadas gota á gota en *la tráquea* de los animales colocados en el decúbito dorsal, penetran igualmente en ambos pulmones, tanto en los lóbulos superiores como en los inferiores. Cuando los animales se hallan colocados de lado, la inyeccion penetra exclusivamente en el pulmon correspondiente al decúbito.

Los resultados son esencialmente diferentes, cuando las inyecciones son practicadas á través de la pared torácica. Una série de experiencias sobre conejos han probado, que la localizacion es incierta, en razon de la dificultad que se encuentra en determinar la profundidad exacta de la penetracion de la aguja; además, la inyeccion produce frecuentemente hemorragías notables y una inflamacion muy violenta aun cuando se use una solucion débil de pyoctanina (0,8 %).

Las inyecciones de pyotanina, á las dósis de 60 á 120 c. c efectuadas sobre cadáveres de tísicos, penetra fácilmente en todas partes, en ambos pulmones, hallándose el cadáver en la posicion horizontal. Se infiltra notablemente hasta en las cavernas y en las dilataciones brónquicas situadas en el vértice de los pulmones, así como al nivel de las regiones que son el asiento de una inflamacion catarral ó tuberculosa. La penetracion es difícil en las regiones esclerosadas.

Las observaciones clínicas no permiten todavia establecer la eficacia terapéutica de este método. Sin embargo, ha podido convencerse que las inyecciones débiles de pyoctanina (á 1/500) á la dósis de 5 á 10 c. c., pueden ser efectuadas por la tráquea en los pulmones de tísicos sin determinar síntomas inflamatorios.

ANASARCA POR RETENCION DE ORINA SIN ALBUMINARIA

R. Lépine (de Lyon). — La falta de eliminacion de la orina traerá una hidremia y por consigniente un estado favorable á la produccion de un anasarca en un individuo caquéctico; la orina podrá no contener albúmina, si no hay bruscos aumentos de presion en los uréteres. Si se produce en el ureter el reflujo de una orina, aun sin contener microorganismos, la albuminuria podrá existir; si este reflujo no tiene lugar, la albuminuria puede faltar, aun cuando la orina sea amoniacal. Una condicion favorable al reflujo es la hipertrofia de la vejiga.

DE LA DIABETES PANCREÁTICA EXPERIMENTAL

De Dominicis (de Nápoles). —La diabetes pancreática experimental, que es á menudo azucarada, es la consecuencia de la ausencia de la secrecion del páncreas en el intestino. Segun sus experiencias, se cree autorizado á deducir que la supresion del páncreas, produce por una parte alteraciones de la nutricion general y por otra materias tóxicas que provocan un proceso de desasimilacion y á menudo la glicosuria.

DE UNA FORMA DE CIRROSIS NO ALCOHÓLICA DEL HIGADO POR AUTO-INTOXICACION DE ORÍGEN GASTRO-INTESTINAL

Hanot et Boix (de Paris). — Han podido notar en individuos con dispepsia antigua, con ó sin dilatacion del estómago, un aumento lento del volúmen del hígado que adquiere rápidamente una dureza leñosa. Los síntomas son en general poco acentuados, en ciertos casos embarazo gástrico con *poussée* congestivo del lado del hígado ó una perihepatitis. La dispepsia prolongada es la sola causa racional de esta cirrosis.

Todas las sustancias tóxicas resultado de fermentaciones gastro-intestinales, llevadas directamente al hígado por la vena porta, pueden á la larga determinar lesiones irritativas sobre los vasos de este órgano.

Esta cirrosis puede ser considerada como una variedad de

la hipertrofia hepática descrita por Bouchard en la dilatacion del estómago.

Del tratamiento del tifus exantemático por la fucsina

S. Lewaschew (de Kazan). — El empleo de este método le ha dado resultados reales; ha encontrado en preparaciones microscópicas, los microorganismo muertos. La administracion de la fucsina es inofensiva, y no ha constatado fenómenos de intoxicacion ni aun con 1 gramo diario.

Cree, que teniendo cuidado de administrar una dósis de fucsina, equivalente á 1 gramo, dado en varias veces (6 á 12) en el dia, se puede acortar ó aun detener la evolucion del tifus exantemático.

De algunos fenómenos que sobrevienen en la pleuresia con derrame, á causa del aumento de la presion intratorácica.

Borgherini (de Pádua). — En todos los casos de pleuresia serosa, seguida de un aumento notable da la presion intratorácica, ha podido notar de una manera habitual los siguientes fenómenos: El perímetro torácico está aumentado no solamente del lado enfermo, sino tambien del lado sano. Los movimientos torácicos, son no solamente muy activos de ambos lados, sino aún, en ciertos casos, han parecido superiores los del lado enfermo.

Los movimientos respiratorios presentan una disociacion manifiesta: la inspiracion empieza más pronto al nivel del hemitorax enfermo.

Existe entre el fin de la expiracion y el principio de la inspiracion una verdadera pausa respiratoria. Todos estos hechos constituyen una indicacion para una intervencion inmediata.

Buenos Aires, Abril de 1894.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Marzo de 1894

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifoidea	10	10	20
Sarampion	1	—	1
Escarlatina	4	1	5
Coqueluche	3	3	6
Difteria	9	11	20
Crup	10	5	15
Angina diftérica	1	3	4
Influenza	—	1	1
	38	34	72
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	66	38	104
» del peritoneo	1	1	2
» meningea	6	3	9
» cerebral	—	1	1
» laringea	1	—	1
Enteritis tuberculosa	2	2	4
Pústula maligna	1	1	2
Tumor maligno	1	—	1
» del mediastino	1	—	1
Anemia perniciosa	1	2	3
Sifilis infantil	3	2	5
» en adultos	1	2	3
Cáncer	2	1	3
» del estómago	5	3	8
» del hígado	2	1	3
» del esófago	1	—	1
» de la boca	2	—	2
» de la lengua	1	—	1
» del útero	—	5	5
» de la cara	1	—	1
» de la vejiga	—	1	1
» de la laringe	1	—	1
» del cuello	2	—	2
» del pecho	—	1	1
» del riñon	1	1	2
» gástrico	—	1	1
» mesenterio	1	—	1
» del cardio	2	—	2
» del abdomen	—	1	1
Reumatismo	1	—	1
Diabetes sacarina	1	1	2
Leucocitemia	—	1	1
	107	69	176

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	13	5	18
Apoplegia	1	—	1
Hemorragia	6	6	12
Anemia	1	2	3
Meningitis	46	37	83
Embolia	3	2	5
Meningo-encefalitis	—	1	1
Encefalitis	1	2	3
Compresion cerebral	1	—	1
Hemorragia de la médula espinal	1	—	1
Derrame cerebral	2	1	3
Hidrocefalia	1	3	4
Mielitis	1	1	2
Reblandecimiento cerebral	5	1	6
Tumor cerebral	2	—	2
Tétano traumático	1	—	1
Tétano infantil	11	8	19
Eclamsia	—	2	2
» infantil	2	2	4
Parálisis general progresiva	—	1	1
Parálisis espinal	1	—	1
Alcoholismo	5	—	5
Abceso del cerebro	1	—	1
Edema del cerebro	1	—	1
Demencia paralítica	1	—	1
Trombosis cerebral	1	—	1
Otitis	1	—	1
	111	73	184
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	2	1	3
Endocarditis	4	7	11
Aneurisma	2	—	2
Aneurisma de la aorta	2	—	2
Aortitis	4	—	4
Persistencia del agujero de Botal	1	2	3
Hemorragia	3	1	4
Angina de pecho	2	2	4

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Vicio orgánico al corazón	24	17	41
Ateromasia arterial	5	2	7
Miocarditis	3	3	6
	52	35	87
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	2	2	4
Laringitis estridulosa	1	1	2
Bronquitis	7	6	13
Bronco-neumonia	15	17	32
Neumonia	22	10	32
Pleuro-neumonia	—	1	1
Pleuresia	1	—	1
Congestion pulmonar	1	2	3
Asma	1	—	1
Edema de la glótis	1	2	3
Enfisena pulmonar	1	1	2
Hemorragia pulmonar	1	—	1
Atelectasia pulmonar	1	—	1
	54	42	96
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Dispepsia	1	1	2
Catarro intestinal	—	1	1
Estrechez del esófago	1	—	1
Gastro-enteritis	44	44	88
Atrepsia	23	18	41
Fiebre gástrica	2	1	3
Ulcera del estómago	1	—	1
Enteritis	28	22	50
Entero-colitis	5	3	8
Disenteria	3	2	5
Oclusion intestinal	2	4	6
Tiflitis	2	1	3
Enterorragia	—	2	2
Peritonitis	5	6	11
Cólera infantil	2	1	3
Hernia	—	3	3
Hepatitis	4	5	9
Tumor del hígado	1	1	2
Atrofia	2	—	2
Congestion	—	1	1
Quiste	1	—	1
Estomatitis ulcerosa	1	—	1
Angina flegmonosa	1	—	1
Cirrosis hipática	4	1	5
Cirrosis hipertrófica	2	—	2
Hematemesis	1	—	1
Litiasis hepática	—	1	1
	136	118	254

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITO-URINARIO			
Mal de Bright	3	2	
Uremia	6	3	9
Nefritis	11	6	17
Pelvi peritonitis	—	1	1
	20	12	32
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Gangrena	2	1	3
Flemon difuso	1	—	1
Lepra tuberculosa	1	—	1
Eczema difuso	—	2	2
Antrax	1	—	1
	5	3	8
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	1	1	2
Osteo-sarcoma	1	—	1
Necrosis maxilar	—	2	2
	2	3	5
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	2	2
Anemia	—	1	1
Infeccion	—	1	1
	—	4	4
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por suspension	2	—	2
Asfixia por sumersion	1	—	1
Accidentes producidos por ferrocarriles	2	—	2
Heridas	6	—	6
» por arma de fuego	6	—	6
Ustion	2	—	2
Enfriamiento	1	—	1
Fracturas	—	1	1
Rabia	1	—	1
Contusiones	2	—	2
Sincope	2	1	3
Traumatismo	2	—	2
Chock traumático	2	2	4
	29	4	33

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	20	7	27
Nacidos muertos	56	45	101
Vicio de conformacion	—	1	1
Icteria	3	1	4
Esclerema	—	1	1
	79	55	134
E Sin clasificacion			
Anemia	1	2	3

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Embolia	—	1	1
Asfixia	1	—	1
Consuncion	2	—	2
Caquexia	—	1	1
Inanicion	3	4	7
Septicemia	—	1	1
Senectud	3	4	7
Marasmo	1	1	2
Hidropesia	1	—	1
	12	14	26

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
645	466	1111

LECCIONES DE CLÍNICA MÉDICA

DEL

PROFESOR POTAIN

Llegarán en breve

Á

BUENOS AIRES

Año XVII—1894 BUENOS AIRES Tomo XVII—Nº 6

Anales del Círculo Médico Argentino

JUNIO DE 1894

LA CIRUGÍA CRANEO-CEREBRAL

EN EL HOSPITAL RAWSON

Por el Dr. **Carmelo Dus Calderon**

Jefe de Clínica Quirúrgica

Como acontecimiento en el mundo quirúrgico, puede considerarse la operacion llevada á cabo últimamente por el Dr. Llobet en el hospital Rawson. Este cirujano agrega con ella un nuevo capítulo á la cirugia craneo-encefálica, y resuelve el problema de que: puede explorarse y sondarse impunemente las regiones nobles del cerebro, las zonas psico-motrices.

Voy á ser excesivamente parco en apreciaciones respecto al resultado terapéutico de nuestro enfermo, reservándome para mas tarde los comentarios y deducciones de la intervencion.

Me limito, pues, á describir la historia clínica del caso, la técnica operatoria efectuada magistralmente por el Dr. Llobet, y ocho dias de observacion post-operatoria.

Alcides V., argentino, 18 años.—Antecedentes hereditarios: por la via materna buenos; el padre es neurópata. No existe consanguinidad entre ambos. Tiene dos hermanos y son completamente sanos.

Antecedentes personales.—El parto fué fisiológico. Desde muy temprano fué frecuentemente atacado de disturbios gastro-intestinales; la denticion empezó á los seis meses, y á pesar de haberse desarrollado con bastante lentitud no sufrió el niño trastornos de importancia. Al año empezó á caminar y al mismo tiempo á pronunciar algunas palabras;

á los dos años el lenguaje articulado era correcto. Desde muy pequeño era vivaz é inteligente, pero de una irascibilidad excesiva. A los tres años tuvo angina diftérica y sarampion.

A los cuatro años, un buen dia, sin haber tenido susto de importancia, la madre observó en él un acceso de ira, acceso que se ha repetido diariamente hasta el dia de la operacion, habiendo este fenómeno disminuido en frecuencia y aumentado en intensidad despues de la pubertad. Con el principio de los ataques coincidió la compañia de una india que lo cuidaba, y de la que la madre sospecha efectuaba en él actos de onanismo.

A los cinco años notó la familia que tenia dificultades para hablar, y los cuentos que hasta entonces citaba con tanta frecuencia se le olvidaron rápidamente. Antes de cumplir seis años perdió el uso de la palabra, no pronunciando mas que una, « mamá ».

Estado actual.—El 29 de Abril ingresa á este hospital en el estado siguiente: de estatura regular, estado de nutricion satisfactorio. Se nota en él una gran movilidad de los miembros superiores é inferiores. Su fisonomia expresa cierto grado de *hébetude;* no es prognata ni está desviado su paladar; la implantacion de las orejas es normal. La mirada es vaga é indiferente; camina con la cabeza baja.

Los reflejos patelar y masetérico muy exagerados: el cubital, cremastérico y abdominal disminuidos.

La sensibilidad general está alterada; zonas de anestesia existen en los dos antebrazos, y de hiperestesia desde la 9ª vértebra dorsal hasta la segunda lumbar.

Los sentimientos no están abolidos; conoce á sus padres y hermanos.

Palabra.—El enfermo comprende todo el lenguaje, lo que nos demuestra que goza de su funcionalismo íntegro el centro sensorial de la palabra, localizado en la parte anterior de la primera circunvolucion temporal. Emite sonidos y la palabra « mamá »; no puede hablar; ha perdido por consiguiente la memoria de los movimientos metódicos y coordinados que corresponden á la silaba buscada (afemia). Localizacion

en el tercio posterior de la tercera circunvolucion frontal izquierda.

Craneo.—Su conformacion en conjunto no presenta ninguna anomalía; en particular se hace notable la depresion de la bóveda occipital izquierda; los diámetros son:

Circunferencia.....	55 c. m.
Antero-posterior.....	34 c. m.
Bi-auricular.....	35 c. m.
Transverso.....	16 c. m.

Exámen oftalmoscópico.—La papila del ojo izquierdo está un poco blanca, los vasos retinianos disminuidos de calibre. La papila del derecho se encuentra fisiológica, lo mismo que los vasos. En ambos, el fondo no tiene el rojo tan intenso como normalmente. Es notable en este enfermo la enorme y persistente dilatacion de las pupilas. Reaccionan lentamente á la luz. No hay estrabismo.

El pulso es regular, igual, un poco raro (60 pulsaciones por minuto).

La respiracion es lenta, inspiracion corta y espiracion muy prolongada.

Operacion.—El 12 de Mayo se interviene; despues de haberle dado un purgante y un baño general, se trazan con nitrato de plata las líneas correspondientes á las cisuras y circunvoluciones mas importantes, siguiendo las reglas clásicas, y que no las describo aquí por no alargar tanto este artículo.

Prévia inyeccion de Dastre se anestesia con cloroformo. Se hace antisepsia rigurosa de todo el campo operatorio. Un largo tubo de goma que circunda con tres vueltas á la cabeza, hace la hemostasia preventiva. Se hace una incision en forma de herradura con la base hacia abajo para seguir el trayecto de las arterias, base que mide 3 c. m., la circunferencia 15 c. m. encierra esta herradura en su línea media á la parte inferior de la cisura Rolándica; se hace de golpe una incision profunda que va hasta el hueso; despues de pescar algunas arteriolas y venas que dan sangre, se diseca el periostio á legra, comprendiéndolo en el colgajo.

Acto continuo se saca una rodaja de hueso que comprende parte del temporal y parietal izquierdos á osteótomo y martillo Mac-Ewen, dejando el hueso intacto al nivel de la base del colgajo, se levanta la redondela ósea y se invierte junto con el periostio correspondiente al colgajo músculo-cutáneo; aparece la duramadre tensa y con su color blanco amallento, se lava con una solucion de ácido bórico al 4 % para limpiar el campo operatorio, y antes de abrir la duramadre se hace la ligadura de la meningea media, levantándola con un tenáculo.

Se incinde la duramadre en toda la extension y paralelamente á la base del colgajo, debajo de la que aparece el cerebro (parte inferior de la cisura Rolándica, la 1ª circunvolucion temporal y él pié de la 3ª frontal) sin latidos perceptibles al principio; á los pocos segundos éstos se hacen francos y en sincronismo con la circulacion y respiracion.

No hay adherencias entre el cerebro y las meninges. La superficie encefálica presenta un tinte anémico.

Con una jeringa á aguja larga de Pravatz, previamente esterilizada, se introduce hasta el pabellon (de la aguja) en la sustancia cerebral, para lo que hubo necesidad de hacer cierta presion porque á 1 c. m. de la superficie chocó contra algo duro; la aspiracion fué blanca. Se repitieron cinco punciones exploradoras mas, con el mismo resultado.

En vista del cuerpo duro con que tropezara la aguja, se incinde á bisturí el cerebro en una extension de 3 c. m. incluyendo en esta incision la vena de Cruvelhier, la que da bastante sangre, pero se cohibe rápidamente con una solucion de cocaina al 5 %.

Con el objeto de saber si se trataba de algun tumor intracerebral por la resistencia que habia á la entrada de la aguja, se explora introduciendo al través de la incision el dedo índice, teniendo la precaucion de seguir tanto en la incision como en la exploracion con el dedo, una línea paralela á las fibras de la corona radiante de Reil.

No habiéndose encontrado ningun tumor sino una capa de

tejido escleroso por debajo de la sustancia gris cerebral, se suturó á catgut la duramadre.

Teniendo en cuenta la gran hernia que el cerebro formaba, se resolvió á los fines de darle mayor campo de espansion, transformar la reseccion temporaria que se habia pensado al principio, en definitiva, sacando la redondela ósea que, dicho sea de paso, presenta un espesor de mas de 1 c. m. en algunos puntos.

Se coloca un drenage con seis crines de Florencia y se sutura con crin á puntos separados el colgajo músculo-cutáneo.

Se le instituye como tratamiento, 5 centígramos de calomel cada dos horas.

Mayo 13.—Pulso 70, igual, regular, amplio; respiracion 19, temperatura 36.8. Se nota mas expresion en su fisonomia. La mirada es menos brava y mas fija. Los movimientos continuos de antes han desaparecido. Tiene vómitos é inapetencia, á causa del cloroformo.

Mayo 14.—Pulso 68 (fisiológico); respiracion 17; temperatura 36.8. Estado general mejor porque no hay mas vómitos. No hay apetito.

Mayo 15.—Pulso 72; respiracion 17; temperatura 36.9. Sigue mejor. No ha tenido ningun acceso. La dilatacion pupilar va desapareciendo, lo que prueba la mejora en la irrigacion cerebral. Hay un poco de apetito. Se le cambia la curacion hallándose ésta un poco impregnada de un liquido sero-sanguinolento. Se saca el drenage.

Mago 16.—Pulso 70; respiracion 17; temperatura 36.5. Sigue contrayéndose la pupila. Hay mas apetito.

Mayo 17.—Pulso 65; respiracion 18; temperatura 37º. Se le vuelve á cambiar la curacion; la herida ha curado por primera intencion. Aumenta el apetito y es satisfactorio el estado general.

Mayo 18.—Pulso 68; respiracion 17; temperatura 36.8. Se le aplica un enema á fin de evacuar un poco los intestinos.

Mayo 17.—Pulso 69; respiracion 18; temperatura 36º. Se le sacan todos los puntos de sutura; la herida está sana. Se levanta un rato el enfermo hallándose contento. El apetito aumenta.

Las pupilas han alcanzado una dilatacion fisiológica. Los reflejos patelar y masetéricos están normales. Los constantes movimientos de antes, de los miembros inferiores y superiores, han desaparecido; los accesos no han vuelto á producirse.

Buenos Aires, Mayo 20 de 1894.

CLÍNICA GINECOLÓGICA

LOCALIZACIONES DE LA GRIPPE, SOBRE EL UTERO Y LOS ANEXOS

Por el **Dr. A. Perez Iglesias**

El estudio detallado de las formas clínicas de la grippe, es materia que ha sido objeto en todos los tiempos de trabajos importantes, que han tenido su complemento experimental en estos años pasados, gracias al descubrimiento de su agente infeccioso y á estudios tan concienzudos como los del profeser Cornil, á propósito de la investigacion del *esporulo* gripal, y su larga permanencia en la economia, aun despues de haber desaparecido los fenómenos agudos del proceso.

Las modalidades clínicas varian grandemente segun el genio epidémico, y mientras que en las epidemias de 1773 y 1775 descritas por Stoll y Haberden, el período prodrómico se anunciaba con fenómenos francamente gástricos (vómitos y sensibilidad epigástrica), las epidemias habidas en Europa en el 1888 y 1889, tenian como características el elemento congestivo pulmonar, graduado en muchas ocasiones al punto de ser á su vez prodrómico de la pneumonia grave. Yo he observado esta misma *forma* y la *coleriforme* en una epidemia de Montevideo en 1889, y recuerdo un caso en que la grippe se anunció con un estado gastro-intestinal tan alarmante, que desde las 8 á las 12 de la mañana el enfermo habia tenido catorce deposiciones y presentaba cuando lo ví, el cuadro de un colérico, con esa facies pálida y contraida, esa vista vidriosa, esa ansiedad y ese apagamiento de voz tan característico de las formas graves del cólera.

En una pequeña epidemia posterior de 1891, tuve ocasion de observar una nueva forma: *la sudoral*, en un sujeto fuerte y bien constituido, en que un ataque de *influenza* fué seguido

durante seis meses de sudores constantes y copiosos, al punto de inspirarnos serios temores.

Pero aparte quizá de esta forma asaz curiosa por cierto, ninguna mas más interesante que la que da márgen á este artículo, observada en mi clientela en Noviembre del pasado año, y que bien pudiera llamarse *metro-salpingiana;* voy á referir el caso á grandes rasgos.

La señora M. P. de V. tiene 26 años, buena constitucion, temperamento linfático y sin antecedentes patológicos importantes. Casada á los 20 años, tuvo un parto á los 21 y un aborto á los 22.

Despues del aborto, la enferma dice que ha sentido molestia en el vientre, representada por flux á veces y dolores tanto en el hipogastrio cuanto en la region lumbar. Graduados estos sufrimientos, siguió un tratamiento consistente en la aplicacion de la tintura de iodo, el nitrato de plata, la glicerina, etc., etc., sin gran resultado, ya que si bien en los primeros momentos sintió algun alivio, pocos meses despues, volvieron las cosas á sucederse como antes de la medicacion.

La primera vez que la ví en mi consultorio, fué el 12 de Octubre del año pasado, y he aquí los datos aportados por la exploracion:

Utero grueso en ligera ante-flexion; histerómetro, 95 milímetros; cuello en ligera descamacion epitelial; mucha leucorrea blanco-amarillenta francamente uterina; útero sensible al tacto combinado. Fondos de saco normales é indoloros; sensacion de peso en la pequeña pelvis. Reglas regulares, pero en menos cantidad que la normal. Muchos dolores en la region renal, constantes y sin exacerbacion durante la estacion vertical y la marcha, pero sí con la fatiga; digestiones laboriosas; poco apetito; facies uterina. El útero conserva su movilidad y no hay nada de particular en los anexos que se sienten perfectamente normales al tacto y la palpacion.

El diagnóstico pues de *metritis crónica*, se impone por el resultado de la exploracion, y el tratamiento seguido fué el clásico en tales casos. Irrigaciones calientes y duchas rectales de 45º á 50º, dos veces al dia, antisepsia uterina á favor

del Pirozone, y antisepsia vaginal con soluciones de creolina y thymol alternando, para llegar al raclaje que se practicó el 28 de Octubre (con el útero in situ) seguido de la inyeccion de un gramo de la solucion Pravaz, y el taponamiento de todo el canal útero-vaginal, á la gasa iodoformada débil.

El tratamiento posterior fué el de uso corriente, salvo una inyeccion intrauterina de 1 gramo de tintura de iodo al 8º dia. El flux desapareció, la señora de V. estaba ya bien y yo me retiré de la casa suplicándola que pasara por mi consultorio 10 ó 15 dias despues.

El 25 de Noviembre, me avisan nuevamente, y he aquí lo observado y ocurrido:

Parece que el 24, la enferma empezó á sentir un malestar con quebantamiento general, cefalalgia frontal y un poco de sensibilidad en el hipogastrio y las regiones ilíacas. Estos fenómenos y una elevacion de temperatura, 38º9, se acentúa el 25 dia en que yo la observo, con una lijera manifestacion bronquial consistente en respiracion anhelosa y estertores gruesos. La sensibilidad del vientre aumenta pero sin timpanizacion, se presentan algunas manchas de sangre mezcladas con flux glairoso y sensacion de calor y peso en la pequeña pelvis y la vagina.

La exploracion es delicada, pero con toda dulzura, practico el tacto y he aquí lo que observo: Utero muy doloroso é inmóvil; cuello duro. Orificio entreabierto. Fondos de saco dolorosos, y en los laterales y el de Douglas, empastamiento muy graduado. Temperatura 38º9. Pulso frecuente, un poco irregular y un tanto depresible. La palpacion abdominal superficial, no provoca dolor. Facies animada, un poco inyectada.

Se trata, pues, de una peri-metro-salpingitis aguda, y la naturaleza gripal era lógica admisible, ya que en aquellos momentos habia influenza y en el barrio donde la señora de V. habita, se presentaron varios casos. Nada podia explicar plausiblemente el proceso, puesto que la enferma no habia hecho ningun exceso ni se habia expuesto á influencias de temperatura, fatiga, etc.

El tratamiento instituido fué el reposo, las inyecciones calientes seis veces por dia, y una pocion en la que entraba la *anémona pulsatila.* La situacion sigue así el 26. El 27 los fenómenos se acentúan más, y me decido á hacer una inyec-

cion de 5 gramos de suero artificial (fórmula de Cheron) continuando las irrigaciones y la anémona.

El 28, los fenómenos generales disminuyen, pero el estado local sigue lo mismo y mientras la temperatura de mañana es de 37°2 y de 37°3 á la tarde, el útero sigue doloroso inmóvil y los fondos de saco empastados y muy sensibles.

El 29, se pronuncia una pequeña mejora en el estado local, y el 30 le practico otra inyeccion de 5 gramos de suero.

El 1° de Diciembre, el útero es menos doloroso, y los fondos de saco menos empastados.

El 2, el estado se mejora. Otra inyeccion de 10 gramos.

Ei 3, El útero empieza á cobrar su movilidad y á ser menos sensible; los fondos de saco están mas libres y menos dolorosos y el estado general es mejor: la enferma me dice que ha notado un cambio muy favorable desde la última inyeccion.

El 4, todo va perfectamente: otra inyeccion de 10 gramos, y al fin, el 12 la dí de alta, sin que de todo lo habido hubiera quedado el mas leve rastro. Las inyecciones se han continuado un dia sí y otro no, hasta 15 gramos, y el 6 se aplicó una mosca de milán en la fosa iliaca izquierda, que se mantuvo dos dias *in situ*.

La curacion ha sido definitiva y la señora M. P. de V. sigue perfectamente, come muy bien, hace sus digestiones normales, y ha aumentado de peso despues de su enfermedad.

Hé aquí el resúmen del caso con todos los accidentes y peripecias ocurridas, y de este punto empieza ya la discusion clínica.

¿Se trataria de un proceso de infeccion quirúrgica, ó en efecto, mi interpretacion etiológica es la que encuadra más en lo ocurrido?

En primer término, la técnica empleada no dá lugar á semejante interpretacion, ya que la antisepsia del canal úterovaginal era en el momento operatorio perfecta, y que todo cuanto se puso en contacto con la region, habia sido esterilizado: los instrumentos á la estufa seca y á 150° y el caoutchouc de la jeringa de Brown, hervida en agua filtrada durante tres cuartos de hora, dentro de un tubo largo de vidrio y herméticamente tapado con tapon de goma.

A mas, los accidentes infecciosos determinados por faltas operatorias, nunca se producen en épocas tan lejanas de la intervencion y por el contrario se presentan en general en las primeras 24 horas, ó cuando mucho entre las tres ó cuatro primeras que siguen á la operacion y las 48 ó las 60 post-operatorias. Nótese bien que en mi caso, la peri-metro-salpingitis se presentó á los 26 dias del raclaje y por tanto es lógico imputar el accidente á otra cosa menos á dicha operacion. Y si á esto se añade que la enferma no ha cometido ningun defecto de régimen, ni se ha expuesto á cambios de temperatura, ni ha practicado los quehaceres de la casa ni ha habido nada en fin á que poder achacar la afeccion, es fuerza buscar su causa fuera de todas estas.

Ahora bien: como característico, durante el proceso y en la convalecencia se ha notado claramente el quebrantamiento general, la debilidad graduada, y esto coincidiendo con los fenómenos generales que he dicho, no podria atribuirse á nada sino á la grippe, que á mas habia reaparecido en esos momentos y en el mismo barrio. Por otra parte, pesa tambien en favor de esa opinion, el sindrome general y el hábito de ver enfermos, que en último término decide en clínica de muchas, por no decir todas las cuestiones.

La cuestion de grippe en Ginecología, es asunto que pertenece al número de los pocos estudiados, y si se exceptúa Gostchald, Petit y Bonnet, yo no conozco trabajo importante á propósito de este asunto. Dichos autores, hablan mas bien por incidente de estetópico, y dan como sintomatología las metrorragias y los brotes inflamatorios peri-metro-salpingianos. Mi caso pues no pertenece al número de los clásicos, ya que ha faltado el elemento hemorragía; el proceso empezó francamente por la inflamacion á título de consecutiva en el estado general, cuyo período prodrómico existió claro y palpable, y aun podria decir con su forma clásica de abatimiento, cefalalgia, estado catarral, traqueo-bronquial, etc., etc.

Vale pues la pena de aumentar con una mas las causas de peri-metro-salpingitis, y entiendo que el caso presente pondria fuera de duda tal etiologia, si por algunos autores puede ponerse aún en tela de juicio. No significa esto que abjure de mis ideas sobre infeccion, ya que aquí como en todos los casos, es necesario investigar como primer punto la

parte que pone el organismo, para la evolucion del gérmen, ó como aquí, para su localizacion.

Los órganos genitales internos de mi enferma, eran á no dudar el *locus minoris resistentiæ* por dos razones, que son: 1º, á consecuencia del proceso inflamatorio crónico uterino, que como es sabido repercute sobre las trompas y el perimetrium en general, y 2º, porque la mucosa uterina en vias de regeneracion despues del curetaje, quizás no estaba aún consolidada — (páseme la frase) — y por tanto realizaba mas y mas la condicion exigida para el desarrollo de los procesos infecciosos. En todo caso, el hecho se produjo y poco importa bajo el punto de vista clínico la causa primera, residiera ésta en la excesiva virulencia del microbio grippal, ó en la menor reaccion del microfito enfrente del gérmen.

En cuanto al tratamiento, he de insistir siquiera sea brevemente sobre un punto: la accion del suero artificial.

En un artículo anterior titulado «Infeccion é inmunidad», emití la idea basándome en observaciones propias que la *sero-terapia*, estaba llamada á hacer una revolucion en la terapéutica de las infecciones.

Mi afirmacion no es nueva en absoluto, pues que J. Cheson viene ocupándose de este asunto hace ya tiempo, y bien que sus ensayos hayan recaido en general sobre otra clase de procesos, es el caso que es á mi entender el primero que ha abordado sériamente y con la constancia que le caracteriza, este asunto. Yo pues no he hecho sino por deduccion aplicar en este proceso agudo, un método que satisfacia *a priori* mi intelecto, y cuyo resultado práctico no desmintió en nada el teórico.

En efecto, desde el dia siguiente de la primera inyeccion, el estado general empezó á modificarse favorablemente, y con el aumento de tension arterial se inició la reabsorcion del proceso local, cuya desaparicion ha sido un hecho gracias á el aumento gradual de las inyecciones.

Lo verificado aquí, se observa en otros procesos infecciosos, y en los momentos actuales me estoy ocupando con la ilustrada colaboracion de mi distinguido colega y amigo Dr. Santamarina, de coleccionar y analizar datos, tanto respecto al modo de obrar del suero, cuanto de sus indicaciones, dosificacion etc., etc. Del resultado de nuestras investigaciones puede ya afirmarse: 1º, que el suero artificial, modifica ven-

tajosamente todos los procesos cuya característica es la decadencia orgánica; 2º, que ciertos fenómenos de índole nerviosa sobre todo los espasmos, se modifican tambien de un modo favorable; y 3º, que la afirmacion de Cheron de que «todo líquido que no sea tóxico produce en inyeccion igual resultado», no es exacta.

Por el momento no podemos adelantar nada mas sobre este tópico, pues aunque las investigaciones son de índole variada, es necesario repetirlas en condiciones diversas, si hemos de llegar á corolarios verdaderamente prácticos. Nuestra conviccion á propósito de la accion del suero artificial es por hoy, la de deducir que obra directamente sobre el microfito y los tejidos fagocitarios, aumentando sus funciones de fagocitosis: que aumentando éstas y la tension arterial, probablemente los cambios de nutricion intima de la célula se verifican con mayor rapidez, y se regularizan en último término, y esta regularizacion quizás explicará el porqué la *neurastenia* y *otros accidentes nerviosos*, se influencian favorablemente.

Reasumiendo. Hay una forma clinica de la grippe, que yo propongo llamar *metro-salpingiana*, de cuya fase aguda es tipo mi observacion y que puede pasar á la cronicidad probablemente con todo el cortejo, ya sea de los *salpinx* ó *de las peri-metro-salpingitis*. Por tanto, pues, entiendo que puede inscribirse en el capítulo etiológico de estas enfermedades, á la grippe, en la misma frecuencia quizás que ciertas fiebres eruptivas en el capítulo de las ovaritis.

En todo caso, mi observacion constituirá un capítulo más en la historia de las enfermedades de los anexos del útero, capítulo que la ilustrada competencia de mis colegas, enriquecerá con nuevas observaciones y datos en el porvenir.

Buenos Aires, Mayo 25 de 1894.

PERSEGUIDO POR EL HIPNOTISMO

Por el doctor **B. Larroque**

Resúmen de la observacion.—X., abogado (28 años, parientes locos), se queja de que es víctima del hipnotismo. Todas las

noches lo sugestionan y lo obligan á cometer actos reprensibles: por esto no puede hacer nada de su propia voluntad, escribir, pagar una deuda, testar, etc.

Si no es víctima del hipnotismo, los espíritus lo persiguen. Además, está sujeto á alucinaciones del oído, á disturbios psíquicos y somáticos numerosos. En los antecedentes, encontramos parientes alunados y progresivamente en su existencia anterior muchas inconsecuencias con desigualdad de espíritu que creemos supérfluo relatar.

Reflexiones.—El enfermo, sujeto de esta observacion, es evidentemente un perseguido. Si lo seguimos en todas los detalles de su vida, vemos que se trata de un hereditario. Por sus antecedentes, pertenece efectivamente á la gran familia neuro-patológica. No nos extrañaremos de ver en sus actos una constante falta de equilibrio. Su manera de ser siempre fué extravagante, siéndonos difícil saber la época precisa del principio del estado actual. Segun nuestro parecer, hubo progresion contínua y pensamos que su estado se ha agravado á la edad de 25 años.

Como todo predispuesto, debia obedecer á la ley comun en psiquiatria, que demuestra que los alienados tienen apuro de llegar á la locura. El corolario de esta ley se resume en algunas palabras: No se vuelve loco el que quiere. Creemos que se ha exagerado mucho el rol de las fatigas, de los trabajos intelectuales en la produccion de la alienacion. Cada uno al llegar á este mundo vive con cierta dósis de resistencia; solo pierden su haber los que nunca tuvieron capital. Es lo que debia suceder en este caso.

Que no se nos diga que los excesos de estudio han sido las solas causas del delirio; como tampoco el alcohol, ni las sífilis: estos dos agentes demasiado acusados hoy en día, no son la causa única de esta clase de afeccion. Por supuesto, se deben de tener en cuenta en el determinismo de estos estados, pero no son suficientes.

Bien educado y muy instruido, en posesion de una enfermedad, este sujeto debia obedecer tambien á un hecho bien establecido en patología mental: me refiero á un delirió inteligente. No es necesario, sin embargo, exagerar las cosas y creer que un paralítico general, educado, siempre conservará, por ejemplo, grandes ideas y tendrá sin cesar una extrema lucidez de espíritu. Pero, si se observan dos paralíticos ge-

nerales, el hombre instruido presentará ideas más trascendentales que el P. G. ignorante. El primero querrá, como en un caso muy conocido, construir un puente que atravesará el Atlántico; el otro hablará solamente de lindos trajes, de cosas insignificantes. Hay en cada alienado un fondo de ideas más ó menos elevadas, segun el delirante y el delirio. Nuestro enfermo debia, pues, por su educacion, presentar un género especial de persecucion; es lo que ha sucedido.

La forma del delirio se adapta al hipnotismo. Es cierto que no se encuentra en la literatura psiquiátrica una forma análoga de delirio de persecuciones, pero esto importa poco; además, podemos afirmar con Marcé, á cuya opinion me adhiero completamente, que deben de existir en clínica mental hechos semejantes, ahora sobre todo que se ocupan demasiado de hipnotismo y espiritismo. «La forma del delirio cambia con los siglos, nos dice Marcé, pero en el fondo los elementos del delirio son los mismos.»

En este momento el médico de la enfermería especial del «Dépot» de París, señala en su servicio una recrudescencia extraordinaria de locos y locas que tienen el delirio de la explosión y de la pesquisa.

Este enfermo es un perseguido, cuya forma de persecucion difiere de la que se observa habitualmente. No es telefonizado, electrizado, perseguido por *les hargneuses de nuit*, por el demonio, etc., etc., como lo hemos podido frecuentemente comprobar. Es hipnotizado. Esta palabra tan esparcida en la época actual, parece haberlo impresionado y se ha amparado de ella; la emplea en su conversacion, como los perseguidos se sirven de ciertas palabras *steorotypés*, sobre las cuales el doctor Foville ha llamado la atencion de los alienistas.

La prueba de que este enfermo pertenece á la gran familia de los perseguidos, se encuentra relatada en la observacion misma. En varias circunstancias afirmó el paciente que, si no era perseguido por el hipnotismo, debia serlo por los espíritus. Esta manera de expresarse demuestra que el enfermo entra en la ley comun. Es instruido; sabe, pues, que no puede ser electrizado, etc.; en consecuencia, ha tenido que atribuir su delirio á algo misterioso y desconocido para él; eligió el hipnotismo.

Creo inútil insistir en los otros detalles, alucinaciones, dis-

turbios psíquicos, somáticos, etc., que son los accesorios variados al infinito de todo delirante perseguido. Un solo punto parece interesante: es que en ciertos casos mal definidos y de diagnósticos difíciles podria dar lugar á cuestiones médico-legales. Se trata de la imposibilidad en la cual se hallaba el enfermo, de producir un acto personal, testar, pagar una deuda. Es de notar que no se trata aquí de un desdoblamiento de la personalidad que Ribot, Dumas, etc., han estudiado. Poco me detengo en este detalle, porque es fácil reconocer un perseguido, y todo práctico experimentado sabe salir del paso en todas las modalidades de esta afeccion tan típica.

Tales son, en resúmen, las reflexiones que me ha inspirado esta observacion curiosa é instructiva.

Buenos Aires, Mayo 20 de 1894.

MEDICINA PRÁCTICA

Administracion de la creosota (por la via rectal) á los tuberculosos, por medio de supositorios

Por el **Dr. Enrique Tornú**

Laureado de la Facultad de Burdeos

« Entre los remedios propuestos contra la tisis pulmonar, el menos malo es la creosota. »

BOUCHARD.

Entre los numerosos medicamentos que la terapéutica moderna ha propuesto para combatir al bacillus de Koch, que ha tomado por domicilio legal á los pulmones, la creosota, introducida por Bouchard, ha conservado á través del tiempo su supremacia entre sus rivales, y hoy puede afirmarse que ella sola domina, arrastrando los demás específicos indicados su poca ó ninguna eficacia en los estantes de las farmacias bien provistas. La creosota es actualmente recetada por la mayor parte de los médicos, tanto en Europa como entre nosotros, y de su administracion se obtienen en la tuberculosis pulmonar resultados que nunca se habian podido conseguir con otros medicamentos propuestos para el mismo fin.

Es una nocion ya vulgar para el médico medianamente instruido, que la creosota en el primero y segundo período de la tuberculosis pulmonar, tiene una verdadera y eficaz accion contra el bacillus y que, si no es posible obtener una curacion definitiva en todos los casos (casi todos los médicos que tienen algunos años de práctica han podido observar casos de curacion completa), por lo menos casi siempre se consigue mejorar el estado del enfermo, prolongar su existencia deteniendo la marcha de la afeccion, transformándola en esos estados crónicos apiréticos que equivalen casi á una curacion absoluta y los fenómenos mas molestos como la expectoracion, los sudores, la tos y aun la diarrea, sino desaparecen totalmente en parte, disminuyen de una manera notable.

Naturalmente, no hay para que decirlo, que la creosota sola baste para obtener estos resultados y que los demás medios higiénicos, dietéticos, etc., que el médico tiene á su disposicion, deban descuidarse, considerarse inútiles y no reconocerles que tienen gran parte en la mejoria ó curacion de los enfermos. Esto seria simplemente hacerse ilusiones ridículas; pero lo que puede afirmarse sin temor de un desmentido es que como medicamento, mientras no se nos presente otro que haya hecho las mismas pruebas que la creosota, ésta será suficiente y reinará soberana.

Pero para que la creosota nos dé lo que le exigimos, es necesario que sea administrada á altas dósis progresivas (despues de haber *tanteado* la susceptibilidad del enfermo), y si bien toda la mucosa del tubo digestivo no es impresionable á este medicamento y lo tolera bien, el estómago no se acomoda con las altas dósis y aun con las pequeñas al cabo de cierto tiempo protesta y se sabe que la primera cosa que debe tener presente todo médico que tiene en tratamiento á un tuberculoso es cuidarle y cuidarle mucho esta víscera, pues mientras la tenga en buen estado no habrá peligro y mucho podrá hacerse en pro de su mejoria ó curacion.

Es teniendo presente este principio, «cuidad el estómago» que los médicos se han preocupado de administrar la creosota por otras vias, y se ha ensayado así con éxito generalmente las inhalaciones (Crichlon y Hufeland), las pulverizaciones (Tapret), las inyecciones traqueales (Dor) ó intrapulmonares (Lepine y Truc), la via cutánea (Gilbert), la via hipodérmica

(Gimbert) etc. (1). Pero todos estos procedimientos que indudablemente cuentan en su activo algunos éxitos, tienen el inconveniente de ser dolorosos unos, otros de exigir el empleo de aparatos que no están al alcance de todos los médicos y de todos los enfermos; algunos, por fin, necesitan, como la via hipodérmica, toda una série de precauciones de asepsia y antisepsia y pérdida de mucho tiempo, etc., y son por consiguiente poco prácticos.

Vistos estos inconvenientes, se ha pensado en la via rectal, via perfectamente adecuada para la absorcion de la creosota, lo que se ha probado y se puede probar todos los dias, pues al cabo de pocas horas de administrado este medicamento por el recto, el enfermo siente en su garganta el gusto característico y además las orinas toman un color oscuro. En cuanto á la tolerancia de la mucosa rectal por este medicamento, es sorprendente, pues Burlureaux, autor de un reciente y muy importante trabajo (2), ha dado enemas que han contenido hasta 22 gramos de creosota sin que se produjera ni cólicos, ni rectitis, en fin, ningun accidente.

A Revillet (3) tócale el honor de haber erigido en sistema la administracion de la creosota por enemas, y de haber así con su alta autoridad generalizado el procedimiento. La fórmula que emplea este autor es la siguiente:

Agua.....	200 gramos
Creosota pura de alquitran de Haya...	2 á 4 »
Aceite de almendras dulces.....	25 »
Yema de huevo.....	Nº 1

El Dr. Burlureaux (4) si bien se declara partidario de la administracion de la creosota por la via hipodérmica, no solo aconseja los enemas en los casos en que esa via no sea aplicable sino que además dice que siempre se debe iniciar el tratamiento creosotado por un enema de un gramo de este medicamento para *tater* la susceptibilidad del enfermo, é indica la fórmula siguiente que nos parece superior á la anterior porque es nutritiva, condicion no despreciable para un tuberculoso.

---

(1) Traité de Médecine. París, 1893. Tomo IV, pág. 778.

(2) Traitement de la tuberculose par la creosote. París, 1894.

(3) Semaine médicale, 1891, pág. 265.

(4) Véase op. cit., pág. 35.

Leche	200 gramos
Aceite creosotado al 1/15	C S (segun la dósis que se quiere emplear.)
Yema de huevo	Nº 1

Este procedimiento por enemas, perfectamente recomendable y que debe preferirse á los demás por los buenos resultados que ha dado, tiene tres inconvenientes: 1º, es necesario administrar antes de él otro enema simple para evacuar el recto, lo que no deja de ser molesto; 2º, que no se puede dar sino á personas medianamente inteligentes, pero que sepan prepararlo bien; 3º, la clase pobre difícilmente se somete ó hace mal estas manipulaciones.

Kugler ha tenido la feliz idea de administrar la creosota en supositorios de manteca de cacao, conteniendo cada uno 0,50 centígramos de este medicamento; pero parece, segun lo afirma Burlureaux, que ha hecho un secreto de su fórmula, lo que seguramente demuestra por su parte un poco de egoismo.

Nosotros hemos administrado tambien la creosota por medio de supositorios, tanto en Europa como aquí, y nuestra fórmula es:

Creosota pura de Haya	0.50 á 1 gramo
Yodoformo	0.05 cent'gmos
Extracto de ópio	0.01 »
Manteca de cacao	3 gramos
Cera vírgen	2 »
F. S. A. para un supositorio	Nº 10.

Colóquese uno, dos ó tres por dia segun la indicacion (1).

En verano, ó cuando se emplee la dósis de un gramo de creosota por supositorio, es necesario aumentar la cantidad de cera poniendo partes iguales con manteca de cacao; de otro modo no se solidifican bien.

Hemos hecho uso de estos supositorios en 16 casos de tuberculosis pulmonares en sus diversos períodos, y he aquí el resultado obtenido:

3 casos	en el 3er período;	resultados:	2 mediocres, 1 nulo
8 »	» » 2º »	»	6 buenos, 2 medianos
5 »	» » 1er »	»	5 buenos

(1) Pueden colocarse de noche al acostarse 1, 2 ó 3 seguidos á intervalo de 1/4 de hora, sin inconveniente.

Uno de nuestros jóvenes médicos mas distinguidos, atacado de tuberculosis pulmonar en el 2º período, ha hecho uso á indicacion nuestra de estos supositorios, y no solo ha quedado satisfecho personalmente de su empleo, sino que los receta á sus clientes y segun informe verbal que tengo de él mismo, ha obtenido siempre buenos resultados (1).

El Dr. Burlureaux (2) pretende que algunas veces los supositorios que él ha empleado y cuya fórmula no da, han provocado deposiciones inoportunas; nosotros en los diez y seis casos en que hemos usado los supositorios hechos segun nuestra fórmula, no hemos observado esto, y el único accidente que hemos visto, ha sido en una señora tuberculosa en el tercer período, y ha consistido en que los supositorios despues de permanecer en el recto algun tiempo, éste los expulsaba íntegros. ¿Estarian tal vez mal preparados ó habria un exceso de cera?

Buenos Aires, Mayo 15 de 1894.

EL PROFESOR TARNIER

Por el Dr. **Samuel Gache**

Al publicar hoy el retrato del eminente profesor Tarnier, no necesitamos hacer su biografia. Ella está en el corazon y en el cerebro de todos los que siguen el movimiento médico de la época, y del cual aquél es uno de los mas potentes impulsores.

Basta, para confirmar estas palabras, recordar sus obras que serán imperecederas, y los nombres de sus discípulos que forman en vida el pedestal de su sobresaliente personalidad.

Las primeras, que comprenden un período de 37 años de labor intelectual, han transformado las opiniones de dos

(1) Las observaciones de los 16 casos que señalamos no las publicamos porque seria dar demasiada extension á este artículo y las dejamos para un trabajo ulterior mas completo. Pero las tenemos á la disposicion de los que se interesaran por ellas.—(*Nota del autor.*)

(2) Véase op. cit.

generaciones de tocólogos y preparado el fácil camino que las sucesivas deban recorrer.

En ellas está inculcado el credo científico del maestro, triunfante ya y no discutido, porque se ha impuesto á la conciencia de los hombres de estudio.

Los segundos, sus discípulos, esparcidos por el mundo, despues de haber los unos bebido sus conocimientos en las mismas fuentes de la escuela clínica por él dirigida, y los otros en los libros que divulgan sus ideas, contribuyen á su fama dilatada como la de los varones predestinados á la inmortalidad.

La influencia de Tarnier ha sido fecunda en beneficios para la ciencia y la humanidad.

Sus estudios de 1857 sobre la fiebre puerperal habrian llamado hacia él la atencion de los médicos de todas partes, si á ello solo se hubiese limitado su actividad; pero su espíritu eminentemente investigador, le condujo á nuevas creaciones y conquistas. La cirugia obstétrica le debe muchos aparatos é instrumentos que, convenientemente empleados, salvan madres é hijos condenados á perecer sin su auxilio.

Perfeccionó el forceps introduciendo en él modificaciones sugeridas por su sabia experiencia.

El embriótomo, el baciotribo y la incubadora, de su nombre, tienen hoy curso en la ciencia.

Complementó así los arsenales que la iniciativa de Levret, Stolz, Cazeaux, Depaul y Pajot habia formado paulatinamente.

Las lecciones de Tarnier le han dado universal notoriedad, y su clínica es foco que proyecta haces de luz por todo el orbe.

A ella ha consagrado toda su existencia, y como recompensa de sus trabajos puede contemplar en la hora presente la escuela obstétrica francesa, poderosa y brillante; y la pléyade inteligente de parteros que hacen su gloria, con Pinard, Budin, Bibemont-Dessaignes, Chantreuil, Champetier de Ribes, Auvard, Megrier, Porak, Bonnaire, Bar, Lepage, Doléris, Varnier, etc.

Su hábil enseñanza está en práctica en las mas adelantadas maternidades de las primeras ciudades; sus principios dominan el arte de los partos en su aplicacion diaria; y los magníficos resultados que bendicen madres y familias afli-

PROFESOR TARNIER

jidas, son los que él ha hecho triunfar con su génio y su prédica.

Mas feliz que muchos de sus antecesores cuyas tareas continúa con singular provecho científico, sirviéndose de la base que hoy ofrece el conocimiento de la bacteriología, Tarnier es un sábio maestro en la mas ámplia acepcion de la frase, y á él se le puede seguir en sus conferencias clínicas, en sus disertaciones orales ó en sus publicaciones que aun hace, no obstante sus 66 años tan noble y gloriosamente llevados, en la conviccion de adquirir ideas avanzadas, juiciosas observaciones y consejos prudentes que nutren el espíritu y le preparan para la lucha diaria.

Tarnier nació el 29 de Abril de 1828.

Sus grados profesionales son los siguientes: interno de los hospitales en 1852; doctor en medicina en 1857; profesor agregado á la facultad en 1860; cirujano de los hospitales en 1865; miembro de la Academia en 1872; profesor titular en 1884. Actualmente es comendador de la Legion de Honor.

Sus principales publicaciones son:

Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches, th. Paris, 1857.

De la fièvre puerpérale observée à la Maternité, 1858.

Des cas ou l'extraction du fœtus est nécessaire, 1860.

L'hygiène des femmes en couches, 1864.

Atlas d'accouchements, en collaboration avec Lenoir et M. Sée, 1864.

L'hygiène des maternités, 1866.

7ª edicion de la obra de Cazeaux, 1866.

Le forceps de Tarnier, 1877.

Traité d'accouchements, en collaboration avec Chantreuil et Budin, 2 vol., 1878-1886.

Allaitement et hygiène des nouveaux nés. Couveuse et gavage, en collaboration avec Chantreuil et Budin, 1888.

Ha publicado además innumerables artículos en la mayor parte de los periódicos y revistas médicas de Paris.

Tal es brevemente compendiada la vida de este gran maestro, de este coloso de la obstetricia contemporánea, á quien las generaciones futuras saludarán no solo como sabio é innovador, sinó tambien que agregarán á la corona inmarcesible de su gloria, este título especialmente grande:

FILÁNTROPO.

Buenos Aires, Mayo de 1894.

LA MORGUE EN BUENOS AIRES

Proyecto del doctor B. Larroque

Aunque adelantamos á pasos de gigante, mucho nos falta todavia para llegar al ideal ambicionado; cada uno en su esfera debe esforzarse por acelerar el perfeccionamiento. Quedar estacionario, es retroceder.

Ahora mas que nunca creemos urgente ocuparnos de un problema perteneciente á nuestros estudios por la tendencia que le hemos dado; me refiero á la Morgue, ó más bien, á la casa de muertos.

El último crimen que tanto ha llamado la atencion del público por no poder hallar la identidad de la víctima, obliga á nuestra sociedad á tomar todas las medidas posibles para resguardarse de los audaces y astutos asesinos, porque no hay nacion civilizada sin justicia segura.

Actualmente en Europa, y particularmente en Francia, la Morgue es un local que sirve de depósito á los cadáveres desconocidos. Allí permanecen en el mismo estado en que se encontraron, hasta dar con la identidad de ellos, lo que puede durar un término indefinido, años á veces. En este local se practican tambien todos los reconocimientos para determinar las causas de la muerte y por fin, se confrontan á los criminales con sus víctimas.

Tal institucion es de primera utilidad en todo gran centro, y parece extraño que no lo posea una ciudad tan poblada como nuestra capital.

Desde 1880, año en que se reformó la Morgue de Paris con los nuevos aparatos frigoríficos aplicados á la conservacion de los cadáveres, tenemos la idea de implantar en nuestra tierra natal un establecimiento análogo. Por eso he seguido siempre en otros países europeos los adelantos que en esta materia se han producido, y en varias ocasiones he conversado con constructores y profesores.

Ya tenia preparado un proyecto á mi primera llegada á Buenos Aires (fines del año 1888), y cuando unos meses mas tarde quise emprender trabajos, me estrellé con un imposible. A partir de esta época, varios estudios argentinos se han publicado en este sentido, pero que de mi punto de vista, revisten un carácter serio de dificultad: su precio elevado. Nuestro pensamiento será reducirlo lo mas posible.

En París, que tiene una poblacion mayor de dos millones de habitantes, hoy en dia son mil los cadáveres que anualmente ingresan en la Morgue, ya como desconocidos, ya para los informes médico-legales. Es, pues, de presumir que en Buenos Aires, con una poblacion de seiscientas mil almas, haya por año cierta proporcion de cadáveres que necesiten las mismas investigaciones. El doctor Almanza nos ha trasmitido el número de cadáveres que han necesitado informes durante cuatro años, de 1890 al 94; son 400, cien por año. De esa cantidad, 333 fueron identificados (83 por año) y 46 no identificados, es decir, un término medio de 12 %. Se deben agregar á esta cifra los desconocidos que se llevan á la Asistencia Pública y que el Director, doctor Señorans, los ha valuado en mas de cincuenta anualmente, lo que aumenta considerablemente los que mueren sin estado civil.

Doloroso es que no tengamos una casa especial en donde despues de un hecho criminal, se puedan dar los primeros pasos para ayudar á la justicia y propender al éxito de la vindicta pública. Por ejemplo, cuando se encontró el hombre descuartizado, lo primero hubiera sido llevar el hallazgo á ese local si existiese; entonces no se hubiese perdido un solo instante. Dotado de los aparatos indispensablemente necesarios, se habria podido comprobar si habia ó no contractilidad muscular, á qué momento esta contractilidad muscular, despues del fúnebre encuentro, hubiese desaparecido y otros pormenores que, á pesar del esmero y de la capacidad de los peritos encargados del informe, permanecerán siempre algo oscuros.

Admitiendo que sea presuncion atreverse á pensar que algun punto no haya podido ser estudiado por falta de este edificio

público con sus urgentes y adecuados aparatos, ¿cómo se podrán conservar estos restos tan útiles para seguir este asunto? ¿Adónde podrá acudir la gente para darse cuenta de los pedazos de la victima, de sus ropas, etc.? A duras penas y con mucho costo se sacarán fotografias que den una idea vaga de lo que representan, se conservarán los restos en soluciones y delante de un bocal se llevarán á las personas que no obstante toda su buena fé, cometerán errores haciendo desviar la pista.

Pienso haber dicho lo bastante para hacer resaltar la insuficiencia de nuestros medios y por consiguiente la imperiosa necesidad de crear en lo mas breve una institucion que será la primera en las naciones de Sud América.

Es necesario haber seguido los cursos de nuestros profesores Brouardel, Descouts, Vibert, para darse cuenta de lo que es la Morgue y los informes médico-legales que de allí emanan. No diré con qué lógica se examina el cadáver y sus infimos detalles; esto pertenece á la especialidad; es cuestion de práctica pura. Lo que quiero aquí bien demostrar, es el engranaje por el cual pasa un cadáver ó parte de él para llegar á su identidad.

Se puede llevar á la Morgue un muerto á cualquier hora del dia y de la noche; la secretaria está siempre abierta.

Si el cadáver es de un conocido, tiene número de órden con la fecha del dia de entrada; se le toma su nombre, apellido, sexo, edad, estado civil, profesion, domicilio; se anotan sus ropas, el género de muerte, el tiempo trascurrido, las causas presuntas, suicidio ú homicido, por quien ha sido mandado allí, por comisario, etc.

Si por lo contrario es un desconocido, despues de haberse recibido el cadáver se procede al despojo del muerto y se dicta su filiacion con una precision verdaderamente notable. Cada indicacion es escrupulosamente verificada é inscripta.

Cuando alguno va á reclamar un deudo ó desaparecido en las horas hábiles para el público, se le toman mas ó menos las mismas indicaciones, agregando todo lo que se refiere al estudio de la Antropometria y es curioso cómo se llega á obtener

respuestas detalladas. A fuerza de indagaciones se consigue en ciertos casos saber la persona á quien pertenecieron los restos.

Con esto se regulariza el estado civil y se dá esta última y dolorosa satisfaccion á las familias.

Una vez hecha la autopsia, si se ha establecido la identidad y que no es necesaria la confrontacion con el criminal, se hace lo que se llama en lenguaje administrativo: «el necesario», es decir, la partida de defuncion y despues se pide la inhumacion que otorga la justicia.

Muchas veces es necesario conservar el cadáver en su estado primitivo; en este caso se coloca en aparatos especiales que vamos á describir.

Siendo la autopsia obligatoria, se avisa inmediatamente á los médicos para proceder; pero en la mayor parte de los casos, se puede esperar hasta una hora propicia para que dicha investigacion pueda servir de estudio á médicos y estudiantes adelantados en medicina.

El informe no siempre puede establecerse completamente en la Morgue de París. Se manda á la prefectura de policia las partes que necesitan un estudio de laboratorio especial ó bien químico; uno tiene que trasportarse á dichos edificios para seguir en debida forma el estudio completo. La causa de esto es la falta de espacio en la Morgue para poder instalar estos laboratorios. Conviene, pues, que la instalacion de nuestra próxima casa de muertos comprenda al menos uno de estos laboratorios en el mismo edificio; así se evitará que se desperdicien ó rompan frascos que contienen partes importantes de un informe. Además, la tarea será facilitada y no se perderá tiempo en idas y venidas.

Por el momento, no se podrá incorporar el laboratorio de toxicología, por razones de economía y porque ya existe uno, el municipal, que funciona bajo una inteligente direccion.

Por las mismas razones de economia no haremos figurar una biblioteca, ni un museo médico-legal que seria tan provechoso agregar á este establecimiento; este adelanto se puede establecer, como en Viena, en la facultad de ciencias médicas,

llamándolo Museo de Medicina Legal, del cual sabrán sacar utilidad los profesores de esta asignatura.

Una sala de autopsias, capaz de contener con comodidad cincuenta personas, facilitará la enseñanza práctica; los estudiantes serán especialmente convocados. Efectivamente, este establecimiento dependerá del Ministerio de Justicia, no teniendo nada que ver con las demás reparticiones. Se admitirá y tolerará á los que quieran hacer estudios prácticos y en esta ocurrencia los académicos y profesores de la Facultad de Medicina podrán iniciar trabajos que concuerden con los de la Morgue y aconsejar para obtener buen éxito; pero de ninguna manera podrán imponer su voluntad cuando la justicia crea necesario impedir el acceso al establecimiento por requerirlo así la instruccion del proceso ó bien el órden público.

Ahora tenemos que ver por qué medios se conservarán los cadáveres, como el público los podrá ver constantemente para poder reconocerlos y dar en consecuencia aviso á la Secretaria.

Bajo la instigacion del profesor Brouardel se ha aplicado la produccion industrial del frio para la conservacion de los cadáveres.

Antes era imposible procurarla, segun la estacion, más de tres á ocho dias, y en nuestra tierra, durante los grandes calores, se reduciría este espacio. Felizmente con los nuevos aparatos de Carré de evaporacion, licuefaccion y condensacion del gas amoniaco aplicado por los señores Mignon y Rouart á la Morgue de Paris, se puede asegurar que en casi todas las regiones del orbe se conservan indefinidamente los cadáveres.

Las condiciones necesarias á que deben someterse los cadáveres, á su llegada á la Morgue, son las siguientes:

1º Colocarlos á una temperatura de 15 á 20 grados bajo cero;

2º Llevarlos en seguida á una sala próxima de 4 á 1 grado bajo cero.

La Morgue de Paris tiene un aparato para poder enfriar á

quince grados bajo cero cuatro cadáveres y entretener diez cadáveres en la sala de exposicion á una temperatura de dos grados bajo cero. Esto es como para París con sus alrededores, y ha costado toda su instalacion 44.400 francos. Calculo que para el municipio federal bastará la mitad del gasto.

Hemos visto cadáveres sometidos durante varios meses á este método de frigorificacion y hemos comprobado que se mantienen en perfecto estado, duros como mármol.

La sala en la cual están expuestos queda separada del público por una doble vidriera para evitar el desperdicio del frio.

Nuestro clima es caluroso y por esto presenta una pequeña dificultad que se allanará por medio de una edificacion especial.

En París está edificada la sala de la Morgue para soportar en el exterior un calor máximum de 36º y con esta temperatura exterior mantener en el interior cinco grados bajo cero. Dicho edificio es de un solo piso y recibe directamente sobre el techado los rayos del sol.

¿Se podrá en Buenos Aires aumentar esta diferencia de 41 grados, llevarla á 45º y aun mas?

Es cuestion: 1º, de edificar altos para aislar esta sala; 2º, colocar el edificio en la parte que recibe menos rayos solares; 3º, calcular cuantas calorias negativas necesitarán la albañilería (el metro cuadrado en superficie absorbe 33 calorias negativas), la vidriera (49).

Esta pérdida del frio se evitará por un arreglo conveniente de la sala, cubriéndola con un forro doble de madera de pino de doce centímetros separado de la mampostería por una capa de aire de cinco á diez centímetros.

Nuestra sala de exposicion forma un cubo de tres metros cincuenta de largo por tres metros de ancho, lo que da una superficie de $3.50 \times 3 = 10.50$.

La superficie del techo da la misma cantidad: 10.50.

Dos costados, los mas largos, de tres metros cincuenta con una elevacion de cuatro metros dan: $3.50 \times 4 = 14 \times 2 = 28$.

Los dos restantes dan: $3 \times 4 = 12 \times 2 = 24$.

$10.50 \times 2 = 21 + 28 + 24 = 73$ metros cuadrados será la suma general de las paredes de este cubo.

La vidriera doble da una superficie de $2 \times 3 = 6$, debe reducirse de los 73; resta entonces: $73 - 6 = 67$.

El vidrio absorbe mas calorias negativas (49) que la mamposteria (33) lo que parece un hecho paradójico; por esto los seis metros nos darán: $49 \times 6 = 294$ calorias negativas.

$67 \times 33 = 2211$ calorias negativas necesitará el restante de los costados del cubo.

El número de cadáveres destinados para la Morgue de Buenos Aires lo calculamos en seis; es decir, dos para ser congelados á quince grados bajo cero y cuatro una vez congelados, ser conservados á dos grados bajo cero. Veamos cuáles son las calorias negativas que necesitamos.

Debemos enfriar á quince grados bajo cero á dos cadáveres que supondremos á una temperatura elevada de $+30^{o}$, ó sean 45 grados de diferencia.

El cuerpo humano pesa término medio 75 kilogramos y su calor especifico aproximadamente es de 1,5. (El coeficiente 1,5 del calor especifico del cuerpo humano que se ha tomado de la carne de los animales parece ser demasiado elevado.) La ecuacion siguiente: $45 \times 75 \times 2 \times 1{,}5 = 10125$ calorias negativas tendremos para dos cadáveres. El enfriamiento debe metódicamente efectuarse en diez horas; hacerlo mas rápido seria exponerse á imperfecciones. La maquinaria deberá, pues, producir 1012,50 calorias negativas por hora.

Los cuatro cadáveres á dos grados bajo cero préviamente congelados no absorben cada uno cien calorias negativas por hora, sean 400 para los 4.

Agregando á las calorias negativas del desperdicio de las paredes de la sala ($294 + 2211 = 2205$) las calorias negativas demandadas por dos cadáveres á quince grados bajo cero (1012,50) y los cuatro á dos grados bajo cero, tendremos finalmente necesidad de: $2505 + 1012{,}50 + 400 = 3917{,}50$ calorias negativas por hora.

La máquina de la Morgue de París produce por hora diez ó doce mil calorias negativas y pertenece al tipo comercial de

cien kilogramos; se comprende que con menos de la mitad podremos producir un frio más intenso.

Nuestro clima es más caluroso y por esto queremos elevar á 50 grados la diferencia de la temperatura exterior con la interior del frigorífico que en París es de 45º solamente. Esta diferencia entre las temperaturas extremas es excesiva. Si por casualidad se presentara, no tendria lugar sinó durante algunas horas del dia; el frio una vez establecido, la baja temperatura de las paredes, puede formar compensacion en el caso de un calor de 45 grados á la sombra, lo que nunca sucede en nuestra region. Segun la memoria del doctor P. N. Arata, el clima de Buenos Aires en 1889, ha experimentado una sola vez, en diez años, una elevacion de + 40º3.

Para obviar estos inconvenientes hemos pensado edificar altos, situando el edificio de manera á recibir lo menos posible rayos del sol.

Con nuestros cálculos aseguramos que matemáticamente hemos resuelto el problema de la conservacion de los cadáveres en Buenos Aires en formas idénticas á los de la Morgue de Paris, evitando la oposicion de latitudes, la corriente de aire y otros desperfectos.

Los planos han sido confeccionados por persona competente como el señor ingeniero Cárlos Doynel, de la escuela central de París.

Para llevar á la práctica esta institucion debemos hacer un presupuesto; creo que si hasta ahora varios proyectos han fracasado, es por no haber establecido bien su costo, ó mejor dicho, porque eran demasiado onerosos, y sabemos que en los tiempos presentes se debe pensar en lo estricto solamente.

El aparato de cuatro á cinco mil calorias negativas á la hora con su amoniaco, su líquido incongelable y su caldera, la máquina motriz á gas, la bomba de circulacion del líquido incongelable y su trasmision, la cañeria para la lluvia fria de cloruro de calcio, el techo artificial para recibir la lluvia fria con el aparato para recogerla, cubierta y planchas de madera, vidriera, armazon y vidrios, pintura, tambor para la puerta de entrada, cajon para dos cadáveres á quince grados bajo

cero, tablas para cuatro á dos bajo cero, no alcanzará á veinte mil francos.

Creo que será mejor encargar toda la maquinaria á los constructores de la sala frigorífica de París, señores Mignon y Rouart. En Buenos Aires se puede encontrar casi todo, pero, segun mis investigaciones, los precios son mucho mas elevados á causa de los derechos de aduana. El gobierno podria exonerar de estos derechos los aparatos que vinieran de Europa ensayados y con todas las garantías. Dando las dimensiones de la sala y el número de calorias negativas necesarias con el máximum de temperatura, todo saldria arreglado de los talleres de Mignon y Rouart.

Nuestros cálculos se basan sobre los costos de la sala de París, que fueron: 44.400 francos; para nuestra sala de menos dimension el gasto, lo repito, no se elevará á la mitad.

El laboratorio de técnica médico-legal con sus aparatos especiales que por ser muchos omitimos enumerar, deberá tambien ser comprado en Europa, por ser mas barato allá; sus precio no alcanzará á 10.000 francos.

La edificacion es el gasto principal. El presupuesto de los arquitectos asciende á 36.225 pesos m/n. Contiene en la planta baja una sala para el público, una para la exposicion, una para la maquinaria, un anfiteatro de autopsias con un gabinete, una sala de secretaria, una para la justicia, y otra para las confrontaciones; la parte superior tiene varias piezas para la direccion, un laboratorio de técnica médico-legal con su gabinete, cámaras oscuras y anexos.

Se hara la edificacion de manera á poder ampliar mas tarde la sala de exposicion y agregarle un piso.

Una casa de muertos no necesita lujo; lo primordial será la severidad en su estilo y una durable solidez en su edificacion.

En resúmen, todos los gastos se elevan á setenta mil pesos, máximum.

Se necesita una pequeña extension de terreno, doce á catorce metros de frente con veinte á veintidos de fondo.

¿En qué parte de la ciudad deberá colocarse la Morgue de

Buenos Aires? En el centro de la capital; segun opinion de varios magistrados y jefes de reparticion de la policia, cerca de los futuros tribunales y del departamento policial. Justamente la Municipalidad posee terrenos en estas cercanias; me refiero á los que están en la plaza Lorea y Avenida de Mayo. Edificar este establecimiento en la Avenida de Mayo lo expondria directamente á los rayos del sol, lo que se debe evitar; preferible es elegir un pequeño espacio de este mismo terreno frente á la plaza dejando el restante para otra edificacion.

Este establecimiento no despide ningun olor, ni puede ocasionar perjuicio alguno á la vecindad; es, pues, de suponer que será aceptado por todos en pro del bien comun.

La mayor parte de los magistrados con los numerosos jefes de las diferentes reparticiones de la policia, nos han asegurado de su valioso concurso y tenemos muy especialmente que agradecer á los doctores Drago, Almanza y Durao que nos han suministrado datos importantes en esta cuestion, por haber sido anteriormente tratados por ellos.

Finalmente, sabemos que en la reforma del código policial se pedirá con insistencia la creacion de una Morgue.

Esta innovacion realiza un progreso y da excelente solucion al gran problema de higiene pública en los informes médico-legales. No puedo dar todos los detalles de esta instalacion, que son de pura técnica y de arquitectura; se adaptarán al terreno concedido.

Entro á considerar cuales son las ventajas de la conservacion de los muertos para la justicia.

En nuestro plano, la sala de exposicion está separada del exterior por otra sala que da acceso al público y como los cadáveres no pueden recibir luz por la parte superior, se abrirá una vidriera del lado de la pared de la calle para alumbrarlos sin dejar pasar el calor y de manera á no verse el interior. De noche, durante algunas horas, la luz eléctrica permitirá la visita de la sala de exposicion á los trabajadores.

El público, bajo la vigilancia de un agente de policia, entrará por la puerta derecha y desfilará primero por delante de la exposicion de maniquíes, fotografías, vestiduras, objetos

de personas desaparecidas y despues por donde se hallan los cadáveres vestidos segun las necesidades, en posturas adecuadas y por fin pasará frente á la puerta de la secretaría, la cual llevará un aviso en varios idiomas indicando que se puede dar cualquier dato sin ocasionar gastos; es necesario que la gente sepa que la justicia es gratuita y que no se corre ningun peligro en comunicar algo. Llamando en esta puerta, uno será atendido en el acto.

Para evitar la acumulacion de gente en la sala del público será bueno poner un molinete numerador á la entrada y salida, de manera á impedir que las mismas personas vuelvan por donde han entrado.

Nadie ni nada podrá entrar ó salir de la Morgue sin órdenes prévias; se darán tarjetas de entrada á los facultativos y á los estudiantes que quieran seguir los estudios prácticos. De acuerdo con la justicia y los médicos se dará á la publicidad los hechos que sean convenientes. Los que asistan á las prácticas de la casa de muertos serán obligados bajo juramento á no revelar nada de cuanto hayan visto. En la puerta de entrada se colocará el reglamento.

Los jueces de instruccion, de lo criminal, etc., podrán pedir una confrontacion y para esto harán trasladar á los inculpados á una pieza especial y de ahí al cuarto de confrontaciones.

El cadáver conservado dia y noche por medio del frio podrá al cabo de varios meses ser nuevamente calentado para facilitar la autopsia, por medio de un pequeño aparato. Los restos, si no hay ningun interés en volverlos á congelar, despues de una breve formalidad, se entregarán al carro fúnebre que los llevará segun los deseos de la familia al cementerio ó, si no son reclamados, al horno de cremacion.

Para terminar, me resta exponer cuáles serán los gastos mensuales de la casa de muertos.

El carbon, el gas amoniaco, el aceite, trapos, etc., es decir, los gastos de la maquinaria no alcanzarán á ocho ó diez pesos m/n por 24 horas. Cuando se trate de mantener uno ó dos cadáveres en la sala de exposicion los gastos serán menores

porque se necesitarán pocas calorias negativas y porque el líquido incongelable no tendrá que pasar por los cajones vacios.

En invierno se reducirá el precio á causa de la poca elevacion de la temperatura exterior, y por fin no se gastará nada cuando por casualidad no se haga uso del frigorífico; incluyendo el personal de la casa de muertos, que es muy reducido, nos es permitido afirmar que el presupuestc será inferior á mil pesos mensuales.

A estas consideraciones se limitan nuestros esfuerzos; los ampliaremos si se desea, ofreciendo de antemano nuestros humildes recursos para asegurar esta obra digna de ser encomiada por todos.

Basta decir que en París, desde la instalacion de los aparatos frigorificos, los cadáveres reconocidos son de 92 % cuando antes eran en la proporcion de 66,6 %; lo que permite establecer que en la actualidad mas de los 9/10 de los cuerpos expuestos llegan á ser identificados.

P. S. A última hora se ha hecho un ofrecimiento de local; si esta idea hiciese camino es indiscutible que los gastos se reducirian mucho. Pero, segun mi modesto parecer, esta nueva institucion debe ser autónoma y no resentirse del contacto de otra reparticion. Conviene hacer las cosas bien y para esto el Poder Ejecutivo consultará los locales ó terrenos de los cuales puede disponer.

Buenos Aires, Mayo 16 de 1894.

INFLUENZA

Estudios clínicos—Epidemia de 1892, observada en la provincia de Buenas Aires

Por el doctor **Antonio J. Vidal**

(Conclusion)

III

GRIPPE APOPLÉTICA

Bajo este título, implicando un complexo sintomático, — sin la idea de determinada lesion causal, — constituido por la rápida abolicion de los movimientos, del sentimiento, etc., y desarrollado despues de síntomas imputables á la influenza reinante, colocaré una observacion en que no me crei autorizado á hacer un diagnóstico preciso (1).

Pedro I..., argentino, de 65 á 70 años, propietario. Antecedentes vagos. En la época que ha precedido á su enfermedad actual, parece haber estado sano. Alcoholista moderado.

El 26 de Junio, en momentos en que muchos miembros de su familia sufren los efectos de la grippe epidémica, es atacado de cefalalgia, tos, fiebre, dolores generalizados, anorexia. Hace cama. En la tarde del dia 28, creyéndose mejorado, se levanta. Una fuerte cefalalgia y malestar general le obligan á volver al lecho. A poco, notan las personas circunstantes que tiene rígidas las mandíbulas («tenia las carretillas apretadas», dicen.) Contesta con palabras ininteligibles. Por la noche, sueño profundo. Respiracion fuerte. No responde á los que le hablan.

El 29, por la mañana, el cuadro es el del coma completo. Ausencia del sentimiento, de los movimientos voluntarios y reflejos. Resolucion igual de los cuatro miembros. Respiracion lenta, ruidosa. Pausas respiratorias de 8, 10 segundos. La inspiracion primera que sigue á estas pausas, es la mas superficial y breve. Pulso regular, duro. Arterias ateromatosas. Rigidez de los músculos masticadores y de los posteriores del cuello; la abertura de las mandíbulas muy difícil; la deglucion no se hace. Tempe-

(1 Obs. III.

ratura febril: 39,5. Pupilas contraídas. Círculo senil de la córnea, completo. Mas tarde, los períodos de apnea son mas frecuentes y prolongados, la respiracion mas estertorosa. Taquicardia y arritmia cardíaca.

El Dr. Reyna, llamado para que viese conmigo el enfermo, no le alcanza con vida; me acompaña á reconocer los muchos influenzados de la casa. Duracion de la fase francamente comatosa: 34 horas.

He manifestado ya que no me había creído autorizado á pronunciarme sobre la causa inmediata de esta apoplegia ó coma (estaria, quizá, mejor empleada la última expresion, ya que la supresion de los movimientos, de la conciencia, etc., no fué precisamente súbita). En efecto, prescindiendo de las deficiencias, explicables, de la observacion, es evidente que un estado semejante puede reconocer orígenes muy variados: hemorragia cerebral, congestion, hemorragia meníngea, embolia, trombosis, etc.

La falta de hemiplegia y de parálisis de la cara, lo mismo que ciertos signos de excitacion local, como la contractura de los maséteros y la rigidez de la nuca, me parecen indicios contrarios á la hemorragia cerebral y mas propios de la meningea. (1)

Por otra parte, el trismus (2), la disartria, la disfagia, las pausas respiratorias — especie de tipo Cheyne incompleto — (3) los desórdenes cardíacos, forman un conjunto claramente «bulbar», autorizando á pensar en que, fuese cualquiera la causa productora, ha debido interesar primordialmente el funcionamiento de esta parte del mielencéfalo.

Virchow ha presentado á la Sociedad de Medicina de Berlin, en Noviembre de 1891, el cerebro de un jóven de 20 años muerto por «aploplegia fulminante» en el curso de una

---

(1) No había antecedentes que permitieran suponer la paquimeningitis prévia.

(2) Es curiosa la coexistencia frecuente de este signo con fenómenos bulbares de órden depresivo. En una observacion de Latil: «parálisis bulbar» en el curso de una fiebre tifoidea (*Revue générale de clin. et thérap,* 1889, núm. 12) la contractura de los maséteros, completa, persistió hasta la muerte.

(3) Como entre los períodos de apnea los movimientos no ofrecian las fases ascendente y descendente del ritmo de Cheyne-Stokes, el modo respiratorio se ajustaba mas al tipo llamado de Biot.

grippe de la que se asistía en el clínica de Senator (1). El órgano presentaba en la region de las circunvoluciones centrales del lado izquierdo, un grueso foco hemorrágico. Habia, además, infiltracion fibrino-purulenta de la pia-madre.

Fürbringer, en la misma sesion de dicha sociedad sabia, habló de un hecho parecido en un jóven de 27 años, que sucumbió á un ataque de apoplegía, que duró 24 horas, en el octavo dia de una grippe. A la autopsia se habian encontrado focos hemorrágicos en ambos hemisferios cerebrales.

Los accidentes «de apariencia meningítica» observados durante la evolucion de la grippe, sobre todo en sujetos jóvenes, por Gaucher, Juhel-Rénoy, Sevestre y otros (2) — somnolencia, coma, respiracion suspirosa, rechinamiento de dientes y movimientos de rumia, etc., — se aproximan bastante, del punto de vista puramente sintomático, á los anteriores, para dejar de mencionarlos.

Por otra parte, la grippe puede dar origen á estados apopletiformes y comatosos seguidos de muerte, por la alteracion ó supresion de la funcion renal (nefritis aguda reciente, ó explosion de accidentes urémicos en una nefritis anterior, latente ó conocida). «Hemos visto morir en nuestro servicio del Hôtel-Dieu, — dice Teissier (3), el autor que principalmente se ha ocupado de esta cuestion, — una jóven de 18 años, rápidamente arrebatada por accidentes de uremia comatosa...»

En la observacion que motiva este capítulo, omití examinar la orina, extrayéndola con la sonda. La temperatura febril comprobada durante el coma, elemento que se tenia por decisivo en el sentido de la exclusion de la uremia, no tiene hoy tal significacion, habiéndose notado altas tempe-

---

(1) *Semaine Médicale,* 1891, núm. 58.

(2) *Bulletin* de la Soc. Méd. des Hôp., 1890, núm. 8 y 10.

(3) Teissier, *La Grippe-Influenza,* pág. 130.

raturas en todas las formas clinicas de dicha toxemia. Habia miósis, pero no en el grado señalado por Bouchard: pupilas puntiformes.

IV

GRIPPE CARDÍACA

Observacion:—Grippe en un obeso; asistolia; muerte—Reseña de las complicaciones cardiacas de la influenza.

Celestino E..., argentino, 55 años. Hombre de gran estatura, extremadamente obeso. Propietario rural, se ha ocupado siempre en trabajos de campo. Salud anterior, buena. Consume alcohol, y de cuando en cuando abusa de él.

El dia 12 de Julio soy llamado para él y dos hijos, simultáneamente atacados de la enfermedad epidémica. Desde dos dias guarda cama. Ha tenido frio en los miembros, cefalalgia, inapetencia, tos Compruebo una gran depresion física y moral, desproporcionada á la importancia aparente de los demás síntomas. A la auscultacion, apenas se notan algunos rales gruesos de traqueobronquitis. Frialdad de los miembros inferiores. Pulso depresible, 80. En el corazon solo noto debilidad en los tonos. Constipacion. Prescribo enemas purgantes, fricciones secas, una pocion béquica con goma-amoniaco.

13. El enfermo ha dormido mal. Sus fuerzas disminuyen, cuéstale trabajo cambiar de posicion y aun mover sus miembros. Temperatura casi normal (37,6). Pulso muy deprimido: palpando atentamente la radial, se advierte una que otra *intermitencia*. Respiracion algo acelerada. El enfermo se mantiene de espaldas en posicion semisedente, el cuerpo sostenido por almohadas. La orina escasa, coloreada. Sensacion de hormigueo en las piernas. Prescripcion: digitalina cristalizada en solucion al milésimo: dos gotas cada dos horas: leche con café: grogs con vino viejo.

14. Vemos al enfermo con el Dr. Rolando. Comprobamos los síntomas anotados, con estas modificaciones: las intermitencias son mas frecuentes: los ruidos del corazon mas débiles, sordos, ahogados. Se sospecha la dilatacion de las cavidades, pero la percusion da resultados vagos por el extremo grosor de las capas superficiales. Con los rales gruesos del pulmon, hay otros mas finos del lado derecho. Poca tos: expectoracion casi nula. No hay dolor precardíaco á la presion. T. 37°

Llamo la atencion del Dr. Rolando sobre la inminencia de la cardioplegia, dados los síntomas existentes y la presuncion de una degeneracion anterior del miocardio, inducida de la edad del enfermo, sus hábitos alcohólicos, y mas que todo, de la polisarcia general que debia hacer presumir fundadamente la adiposis del órgano.

Terapia. Resolvemos suspender la digital, prescribiéndole cafeina en inyecciones, ventosas, fricciones secas. Se mantiene la alimentacion anterior.

15, 16, 17.—Estado estacionario. Creemos, aun, notar cierta reaccion que nos hace abrigar esperanzas. Pero, en los dias subsiguientes, vuelve á agravarse la situacion. El pulso se hace francamente arrítmico; el primer ruido parece extinguirse. Respiracion disnéica. Edemas en las piernas. Rales finos de congestion en ambas bases. Enfriamiento y cianosis de la cara y manos. Entorpecimiento cerebral.

El dia 21, los Dres. Rolando y Reyna piensan, de acuerdo conmigo, en que el desenlace inevitable no puede tardar. Se aplican inyecciones de ergotina y cafeina, sin resultados sensibles.

El dia 22 (12º de la enfermedad), muerte.

La muerte en este caso, evidentemente producida *por el corazon*, me parece deberse, tanto ó mas que á la enfermedad accidental, á una alteracion anterior, á una cardiopatia latente que hacian probable, como está consignado en la observación, las tres causas concurrentes que siguen: 1ª, edad avanzada; 2ª, hábitos alcohólicos; 3ª, á mi juicio la mas importante, polisarcia y adiposis cardiaca consiguiente. Se comprende que á un órgano de esta suerte en inminencia mórbida, le bastase una influencia depresiva ligera para hacerse insuficiente y agotarse (1). A ser cierta tal induccion, este sería uno de tantos ejemplos de lo que importa el «estado prévio» de los órganos, lo que se ha llamado «aptitud funcional restringida» ó «miopragia». La accion nula de los tónicos cardiacos (digital, cafeina) es un indicio mas en favor de la degeneracion del músculo. Son bien conocidas, á este respecto, las conclusiones de Penzold.

Aprovecharé, ahora, esta oportunidad para hacer un breve resúmen de nuestros conocimientos actuales sobre los accidentes cardiacos de la influenza. Considerándolos del punto de vista de la época en que aparecen, y tambien del pronóstico, puede formarse con ellos dos grupos principales:

---

(1) Cuando media una determinacion pulmonar, los trastornos circulatorios y cardiacos tienen fácil explicacion. El Dr. Penna, trae en su trabajo ya citado (pág. 243), una observacion de este género.

1º Los desórdenes circulatorios son iniciales, forman parte del cuadro general de la invasion y obedecen verosímilmente á perturbaciones nerviosas: — aceleracion cardíaca, bradicardia, irregularidad transitoria del pulso, síncopes («grippe de principio siderante» de Duflocq), etc. Los accidentes desaparecen con la defervescencia general, ó ántes. Tales desórdenes son demasiado precoces, dice con razon Teissier (1), para ser imputables á la miocarditis infecciosa. «Esta, agrega, no se observa sino en una época mas avanzada, y no vemos otra interpretacion plausible para dichos accidentes, que atribuirlos á la accion de los venenos de la grippe sobre los centros respiratorios y cardíacos de la médula cervical, ó aun sobre el tronco mismo del neumogástrico ó sobre los gánglios intracardíacos». Lo que Huchard (2) ha estudiado bajo el título de «forma cardíaca de la grippe», puede caber en este grupo. Este autor (3) ha señalado un síntoma curioso, el pulso «instable», y los dolores anginosos, tambien encontrados por Peter.

2º La otra categoria comprende las verdaderas localizaciones en el peri y endocardio, y ciertos síntomas,—arritmias duraderas, hipotension, dilatacion cardíaca, congestiones pasivas, edemas, etc.—cuya naturaleza y el momento en que aparecen (fin de la infeccion, ó mas tardíamente aun) (4), denuncian la existencia de modificaciones estructurales, ó cuando menos, funcionales graves del miocardio. La *miocarditis gripal* responde casi siempre á la forma aguda difusa. Segun Pawinski, Leyden y Guttmann, etc., ella sería frecuente. Se diría mejor constante, avanza Mirza, autor de un reciente trabajo (5). «En efecto, dice, en las autopsias

(1) Op. cit., pág. 126.

(2) Soc. Méd. des Hôp. *Semaine Médicale*, 1890, pág. 29.

(3) *Rev. gén. de Clin. et Thérap.*, 1890, pág. 46.

(4) El Dr. Letort, que nos ha dado tres interesantes observaciones de cardiopatias post-gripales, en sujetos jóvenes y exentos de vicio cardíaco anterior (*Rev. gén. de clin. etthérap.*, 1890, pág. 360), piensa que la grippe puede dar origen, como la difteria, á parálisis tóxicas, tardias, de ciertos nervios viscerales. Henoch ha emitido una opinion semejante.

MIRZA, *Du coeur dans la grippe*, 1893, pág. 14.

de influenzados he hallado siempre el corazon mas ó menos descolorido, laxo, dilatado, friable.» Hayem, habría encontrado en algunos casos que todo el miocardio tenia el tinte hoja seca de la miocarditis tifóidica y variólica. No se distingue la miocarditis de la influenza por ninguna particularidad.

La *pericarditis* seca es comun; la purulenta, rara. La *endocarditis*, en cambio, parece ser frecuente. Entre nosotros ha sido observada, así como la pericarditis (forma seca, probablemente), por el Dr. Penna, en 1890 (1). Estudiada especialmente por Pawinski y Huchard (2), las endocarditis de la grippe entran en la clase de las llamadas infectantes, provienen de gérmenes diversos y se localizan de preferencia en la zona aórtica y sobre antiguas lesiones del endocardio.

Un hecho fundamental resalta del estudio de las complicaciones cardíacas de la influenza: la frecuencia de la alteracion prévia. Sin embargo, los observadores no han contestado de la misma manera á esta cuestion: ¿cuál es la suerte de los cardiópatas que enferman de grippe? Muchos no han visto mas comprometida esta clase de enfermos que las demás. Gaucher ha mostrado á la Sociedad Médica de los hospitales de París (3), ejemplos de alteracion valvular grave, — insuficiencia mitral, — no habiéndose modificado absolutamente por la enfermedad aguda. Entre nosotros, Wernicke, ha visto «á varios cardíacos y asmáticos sobrellevar sin inconvenientes la grippe». Pero, es lo cierto que las observaciones opuestas abundan. «Un hecho unánimemente comprobado, dice Mirza (4), es el pesado tributo que los cardíacos de todas clases han pagado á la grippe.» Sée, Leyden, Lehmann y otros muchos, han insistido sobre el particular. Las alteraciones nutritivas del músculo y de

(1) *Anales de la Asistencia Pública*, 1891, pág. 229.

(2) *Semaine Médicale*, 1891, 25 de Julio.

(3) *Bulletin*, 1890, pág. 198.

(4) Op. cit., pág. 23.

los vasos, las miocarditis crónicas, parecen ser mas peligrosas que los vicios simplemente orificiales. Quizás no fuese aventurado suponer que en la gran mortalidad de ancianos por la grippe,—comprobada ya en las epidemias europeas de 1733 y 1743, historiadas por Huxham (1)—sean un factor principal las alteraciones propias del corazon senil.

V

CONGESTION PLEURO-PULMONAR

La grippe, sin duda alguna, debe figurar la primera entre las enfermedades acompañadas de fluxiones del aparato respiratorio (2). Presentándose ordinariamente desde el comienzo de la enfermedad; generalizadas ó circunscriptas, sujetas á mutaciones frecuentes de sitio y de caracteres cuando su sitio no varía; coexistiendo muchas veces con lesiones mas importantes, cuyos signos exageran ó modifican, estas congestiones torácicas se revelan por la hiposonoridad del pulmon, por la disminucion y aun la extincion del murmullo respiratorio, por rales de edema pulmonar, por la efraccion de los vasos y la consiguiente expulsion de pequeñas cantidades de sangre en estrias de color rosado, etc.

En la observacion que sigue, los signos físicos, bien acentuados, me parecen ser los que se asignan á uno de los tipos de las congestiones llamadas primitivas.

P... M. ., 31 años, argentino. Hombre robusto, de gran talla. Algo alcoholista. Enferma el 2 de Julio. Ligeros escalofrios, fiebre (39°); coriza, tos, dolores torácicos, rostro congestionado, anorexia. A la percusion, sonido obscuro en ambos lados, principalmente en las bases. Rales secos de bronquitis, diseminados.

El dia siguiente, los síntomas anteriores (menos los escalofrios que no se reproducen) mas pronunciados. T 39.4. Fácies vultuosa. Tos fuerte

(1) DELABROSSE, *Contribution à l'étude de l'influenza*, 1892, Rouen.

(2) Véase MARFAN, art. Congestions du poumon; in *Traité de Médecine* T. IV.

por accesos frecuentes. Expectoracion escasa, blanca, espumosa. Algunos esputos traen finas estrias de sangre roja. Dolor al costado izquierdo. Hay alguna disnea. Pulso regular. Exámen físico: — Lado derecho. Sonido normal menos atrás, en el cuarto inferior en que está algo disminuido. A este nivel, rales subcrepitantes finos á la inspiracion. — Lado izquierdo. Submatitez en los dos tercios inferiores, atrás y en la línea axilar. Arriba, el sonido es normal; la transicion es insensible. A la auscultacion, ausencia en la zona submate del murmullo vesicular. Prescripcion: Ventosas secas; una pocion á base de ipeca.

Dia 4.—Matitez casi completa en el tercio inferior del lado izquierdo. Murmullo respiratorio indistinto. No se sienten las vibraciones toracicas. La presion de los tejidos superficiales es dolorosa. Por dentro del ángulo del omóplato, soplo respiratorio suave, lejano. A esta altura, ligera egofonia. La medicion con una cinta demuestra una pequeña ampliacion del perimetro izquierdo. En el tercio superior, en la region subclavicular y parte anterior, y en todo el pulmon derecho, estado casi normal. T. 38,5. Despues de los accesos de tos hay disnea visible. Constipacion. Cinco ventosas escarificadas, lado izquierdo, enemas laxantes.

Dia 5.—Temperatura normal. Mejoría general. Euforia. Vuelve el apetito. Expectoracion mas fácil. Submatitez limitada á la base izquierda, donde se perciben, sobre todo despues de la tos, rales subcrepitantes.

La desaparicion de los signos anormales se hace gradualmente en cuatro dias mas. Curacion perfecta.

Por su forma y caracteres, esta congestion gripal (interesando probablemente todos los órganos: bronquios, pulmones, pleura, tegumentos) me ha parecido aproximarse, como ya lo dije, á una de las formas de congestion idiopática: la «pleuro-congestion», ó «congestion pleuro-pulmonar» de Potain, salvo en la duracion del proceso, mucho mas breve que la asignada á este padecimiento. Quizás haya habido algun derrame pleural (no tenté la puncion exploradora), pero en todo caso, debió ser de poca consideracion.

Nada sé de la frecuencia en la grippe del tipo Potain; pero la enfermadad de Grancher ó *espleno-neumonia* que tanto se le acerca, si no es la misma cosa, sería comun, segun Faisans (1).

El problema de la naturaleza de las fluxiones pulmonares tributarias de la influenza, comienza á ser planteado en

---

Citado por Teissier. No he podido obtener el número del *Bulletin Médica* en que Faisans ha hecho su publicacion.

otro terreno que el de las simples congeturas. Un cierto número, probablemente, podrá figurar siempre en la clase de las congestiones angio-neuropáticas, esto es, por desórdenes en la inervacion vasomotora bajo la accion de los productos bacterianos. (Una simple exudacion puede asimismo producirse. Baboun (1), ha estudiado, el primero segun creo, los derrames pleurales que aparecen al fin de la grippe y se disipan rápidamente sin dejar rastros, derrames verdaderamente *críticos)*.

Pero, es bien sabido, tratándose de las congesticnes tituladas idiopáticas, que muchos autores eminentes (Charcot, Bernheim, Leube, Sée, Grasset, etc.), se niegan á ver en ellas una mera acumulacion de sangre, considerándolas mas bien como inflamaciones incompletas, bastardas, verosímilmente tributarias de los mismos agentes que producen las flegmasias legítimas. Este modo de ver, —sostenido entre nosotros con verdadero talento, en su importante tésis, por el Dr. Araoz Alfaro (2), quien ha adelantado un principio de prueba, —no ha de tardar, seguramente, en ser plenamente demostrado.

Ahora bien: ¿no significarán, igualmente, ciertas congestiones gripales, determinaciones neumónicas abortadas, frustráneas (por el pneumococo ó por otro cualquiera de los gérmenes neumonígenos que figuran en la grippe)? Es muy probable, y Grasset acaba de afirmarlo abiertamente. En un reciente artículo (3) consagrado á una de las *Pneumocóccias* (esta manera de designar la infeccion tomando por base única la causa averiguada, con prescindencia de otras nociones secundarias, me parece, por lo que se ajusta á las ideas actuales, llamada á recibir nuevas aplicaciones), la meningea, hace referencia á la *pneumococcia torácica atenuada*, que correspondería á la fluxion de pecho catarral de Montpellier, comprendiendo la «neumonia abortiva»

(1) Baboun, *Manifestations pleurales de la grippe*, pág. 22, Paris, 1890.

(2) Araoz Alfaro, *Infecciones anómalas de los órganos respiratorios*, T. de Buenos Aires, 1892.

(3) *Semaine Médicale*, 1894, pág. 105.

de Charcot, la «febrícula neumónica» de Bernheim, la congestion pulmonar de Woillez, la pleuro-congestion de Potain, etc. Los estudios, aun inéditos, del ilustre clínico sobre este último modo de infeccion pneumocóccica, han tenido por base, segun se desprende de las palabras con que comienza el artículo mencionado, las congestiones de la grippe.

Aunque Grasset haya partido, como es de suponerse, de resultados positivos del punto de vista bacteriológico, es seguro que el término *pneumococcia* no pueda convenir á todas las fluxiones de pecho suscitadas por la influenza. Teissier (1), en dos casos de esplenoneumonia de este orígen, ha hecho cultivos con gotas de sangre extraída con la jeringa hipodérmica, obteniendo en ámbos el estreptococo. Se habría tratado, pues, en dichos casos, de *Estreptocóccias*.

VI

BRONCONEUMONIA SUBAGUDA, *en foco, con* HEMOPTISIS *intermitentes.—Induracion pulmonar definitiva.*

Un ataque de grippe, es con mucha frecuencia el punto de partida de padecimientos crónicos del pulmon. Si en todos los autores hállase enunciada esta proposicion, no es comun encontrar en ellos, detalladas, las modalidades que puede ofrecer el pasaje de uno á otro estado, de la determinacion aguda á la afeccion persistente. Sea por el tiempo que media entre una y otra, sea por otras causas que impiden una observacion continuada, el hilo etiológico se pierde no pocas veces, ó es apenas sospechado. El título, no muy correcto quizás, con que encabezo este capítulo, da perfecta idea de los desórdenes pulmonares consecutivos á la influenza en un caso seguido con mucho interés durante cerca de dos años, y cuya historia clínica voy á hacer tan detalladamente como me lo permitan las notas que conservo (2)

(1) Op cit., pág. 137.

(2) Obs. VI.

Se trata de un hombre de mediana constitucion, sin atecedentes patológicos de valor — M... R..., italiano, propietario, de 48 á 50 años de edad — que á principios de Julio de 1892 tuvo la grippe, complicada desde la primera semana de bronconeumonia, con un foco principal en el tercio medio y parte de la base del pulmon izquierdo. La enfermedad broncopulmonar, bien caracterizada, afectó una marcha completamente irregular, llena de alternativas, haciendo abrigar serios temores. Dos hemoptisis se produjeron durante el período febril. (No se trataba de esputos sanguinolentos, sino de la expulsion de sangre pura al principio, mezclada con la expectoracion, en cantidades decrecientes, en los dias sucesivos). Al cabo de tres semanas, tal vez mas, agotada la fiebre, el enfermo, muy extenuado, comenzó á reponerse y los signos físicos á retrogradar.

Hácia mediados de Agosto, una recaída, ó si se quiere, recrudescencia de la enfermedad, vino á turbar la convalecencia. Precedida de malestar general, una hemoptisis (mas ó menos 30 gramos de sangre fresca, y por varios dias sangre oscura en los esputos mucopurulentos) se produjo al mismo tiempo que recomenzaba la fiebre. A poco, el estado general era de nuevo grave: disnea, tos fatigosa, pulso acelerado, dolor submamario izquierdo, sensacion de molestia en la region cardíaca, tinte violáceo de la cara. El conjunto hacia recordar el de ciertos tísicos con fiebre y hemoptisis. El exámen físico revelaba, aparte de ruidos generalizados de bronquitis, un conjunto de signos bien localizados en el principal foco anterior: á la percusion submatitez; á la palpacion, exageracion del frémito vocal; á la auscultacion, rales subcrepitantes medianos y finos, estos últimos al fin de la inspiracion. Respiracion soplante en ciertos puntos y broncofonia débil. El período febril duró esta vez cerca de quince dias. (La fiebre, irregular, sobrepasó pocas veces 39°). Terminado, R..., muy demacrado é impresionable, fatigándose fácilmente y tosiendo siempre, comenzaba su segunda convalecencia, con modificaciones muy lentas en los signos locales. Con el fin de activar

la resolucion, resolví tentar la aplicación de un vejigatorio cuando ya había la fiebre desaparecido.

Por Enero ó Febrero del siguiente año (1893), se producia un nuevo episodio agudo, — hemoptisis, fiebre, etc., — de menor duracion é importancia que los anteriores, á estar á las informaciones que he recogido, pues en esta ocasion no pude ver al enfermo por no encontrarme en la localidad. Finalmente, en el curso del mismo año 93, dos ó tres veces se han presentado las hemoptisis, escasas, acompañadas de eretismo cardiovascular, aceleracion del pulso, coloracion de la cara, pero sin fiebre.

En la actualidad (exámen de hace tres meses) el estado general de R... es satisfactorio. Está bien nutrido, gracias á cuidados esmerados en el régimen. Sin embargo, ha quedado muy sensible á los cambios atmosféricos, propenso á fatigarse, siendo además, si puedo expresarme así, un *tosedor* y un *expectorador* constante. El exámen local demuestra el estado normal de ambos pulmones, salvo el tercio medio y parte del inferior del izquierdo, — sitio de la afeccion primitiva, — en que se observa: oscuridad del sonido pulmonar y sensacion de resistencia á la percusion; falta del murmullo respiratorio; respiracion soplante, sin ser tubaria, por debajo y en la línea del ángulo del omóplato; rales subcrepcitantes medianos, especialmente en la línea axilar posterior; voz y tos bronquiales. No hay señales aparentes de retraccion torácica.

En resúmen, tenemos una bronconeumonia de origen gripal, acercándose por varios de sus caracteres al tipo que se describe con el nombre de bronconeumonia «en foco» «ó pseudolobar», habiendo seguido una evolucion lenta é irregular, con recrudescencias febriles y hemoptóicas, y terminada por resolucion incompleta, con los signos de una induracion del parénquima, seguramente definitiva.

No ha dejado de llamarme la atencion la frecuencia y forma de las hemoptisis. Las primeras, en la época febril, se explicarian á mi juicio por congestiones concomitantes, y en parte por la tendencia hemorrágica de la infeccion

gripal de que antes he hablado. En las últimas habrá intervenido tal vez este otro factor: las bronquectasias y las lesiones vasculares en el foco inflamatorio crónico. Y digo tal vez, porque si bien en tales condiciones se puede casi afirmar teóricamente la existencia de dilataciones de los brónquios, mas ó menos importantes, no hay aun fenómemos realmente cavitarios. La expectoracion, mucopurulenta, no es tampoco tan abundante como la que acompaña dicho estado.

La unilateralidad de las lesiones, su sitio en la base y la integridad de los lóbulos superiores, la falta de sudores, el restablecimiento del paciente así que cada *poussée* aguda se agotaba, fuera de otras razones deducidas del principio y de la marcha de la enfermedad, me hicieron apartar la idea de tuberculosis, bien que mas de una vez la tuviese presente.

No insistiré mucho sobre las consecuencias que un proceso crónico como el de que se trata puede acarrear. Abstraccion hecha de la tuberculosis que en todo momento puede invadir la escena, de la repercusion sobre el corazon por las dificultades opuestas á la circulacion, y del debilitamiento, — que puede llegar hasta la consuncion y la hectiquez, — á que suelen conducir en término mas ó menos remoto, la abundante expectoracion y demás trastornos propios de las bronquectasias, hay que tener en vista que « un enfermo atacado de lesiones crónicas del pulmon á consecuencia de bronconeumonia, está expuesto continuamente á nuevos ataques de bronconeumonia aguda, ó cuando menos, á bronquitis frecuentes, repetidas, rebeldes, y estas recidivas agudas, de un pronóstico siempre grave, son á menudo mortales» (Mosny). (1)

Para terminar, insertaré un párrafo de Teissier (2), á quien hay que citar á cada paso tratándose de grippe, referente á las esclerosis pulmonares que siguen á dicha enfermedad:

---

(1) Mosny, *Broncho-Pneumonie*, 1892, pág. 35.

(2) Op. cit. pág. 145.

«Un punto sobre el que quiero atraer especialmente vuestra atencion, es la posibilidad, no rara, del pasaje al estado crónico de las determinaciones neumónicas gripales. Por mi parte, he observado muchos ejemplos y he podido presentaros uno particularmente interesante, habiéndonos permitido una enfermedad intercurrente enseñaros las piezas anatómicas. Los exudados intersticiales pueden, en efecto, organizarse y sufrir la transformacion fibrosa; mas tarde se hace una retraccion progresiva que, á semejanza de lo que ocurre en la neumonia pleurógena, puede arrastrar una dilatacion secundaria de los brónquios, dilatacion de los brónquios que da lugar, á la auscultacion, á verdaderos signos cavitarios. Si los accidentes tienen por asiento el vértice, se comprende lo fácil que puede ser la confusion.»

Abril y Mayo de 1894.

El parásito de las fiebres palustres

PROFILAXIA Y NUEVO MÉTODO PARA CURAR EL CHUCHO

Por el **Dr. Eliseo Canton**

Profesor de zoología médica en la Facultad de Buenos Aires

329 páginas—Buenos Aires, 1894—Imprenta de M. Biedma, calle Bolivar, 535.

El libro que hoy anunciamos, hijo de la incansable actividad del Dr. Canton, profesor de zoología médica en la Facultad de Buenos Aires, es una valiosa contribucion al estudio de una de las mas importantes cuestiones de higiene pública que puede interesar á nuestros estadistas y hombres de ciencia.

Las fiebres palustres hacen estragos en la region Norte de la República Argentina; sus víctimas son numerosas; y la degeneracion orgánica que produce la infeccion malárica, conduce á un fin bien triste, que conviene cuanto antes remediar, evitando así causas generales de empobrecimiento y destruccion.

A investigar estos fenómenos y á buscar los medios de

limitar sus alcances, ha contraido su laboriosidad el Dr. Canton; y como frutos de esta laboriosidad, nos presentó en 1891 una erudita obra sobre «El paludismo y su geografía médica en la República Argentina», laureada con medalla de oro por el Círculo Médico Argentino en el concurso de dicho año; y ahora, á la luz de las nuevas conquistas referentes á la etiología, profilaxia y terapéutica de la malaria, nos ofrece otro volúmen de 329 páginas, en que condensa y resume sus investigaciones y experiencias verificadas en los últimos tres años.

Este libro es el hermoso producto de prolijas observaciones clinicas, aplicaciones terapéuticas, y hasta de ensayos personales abnegadamente hechos y facilitados por un distinguido colega.

Es mas aún: es la obra de un argentino amante de su país que busca alejar por sus estudios las múltiples causas de decadencia para los habitantes de ricas zonas, y devolver á la industria y al progreso numerosas actividades hoy abatidas por la endemia; y este grito del patriotismo sincero merece ser atendido y estimulado como advertencia bien intencionada, si no se quiere ver aumentar males evitables.

Ya el año anterior, el Dr. Canton ocupó la tribuna del Círculo Médico Argentino llamando la atencion del gobierno sobre la profilaxia del paludismo y la necesidad de dotar de agua convenientemente distribuida á las provincias del Norte, é indicó las medidas que á su juicio debían adoptarse á este objeto.

Contribuyó así á ilustrar un punto importantísimo que se discutía á la sazon en el Congreso Argentino, y demostró que si se queria combatir con eficacia el mal tan temido del *chucho* era necesario, urgente, suministrar á aquellas poblaciones agua en buenas condiciones de potabilidad.

El nuevo estudio que acaba de publicar, y en el cual hace el merecido elogio de los trabajos de Laveran, contiene entre mucho material que se lee con gran aprovechamiento, las vistas del autor sobre la provision de aguas corrientes á Tucuman, Salta y Jujuy, con indicacion de las fuentes mas apropiadas para ello.

La parte del libro dedicada al tratamiento del paludismo es muy interesante, y se contrae especialmente al empleo del bicloruro de quinina.

La adquisicion tan importante realizada por la terapéutica con sales como el biclorhidrato de quinina susceptible de disolverse en partes iguales de agua, dice Canton que le ha permitido poner en práctica un método de curación á dósis altas, sin inconveniente de ningun género.

Principia el tratamiento con la dósis de *dos gramos* de biclorhidrato de quinina, para disminuirla á la mitad en los tres dias consecutivos, de tal manera que la primera parte del tratamiento dura cuatro dias y se emplean en él *cinco gramos* de medicamentos.

La fórmula que usa en la práctica civil es la siguiente:

R.

Biclorhidrato de quinina, 5 gramos.

Cocaina, 25 miligramos.

Agua destilada, c. s. para disolver, y hervir la solucion hasta quedar reducida á 10 c. c. Colóquese en frasco esmerilado y bien lavado con agua hirviendo.

De esta solucion esterilizada por la ebullicion se practica á las 7 ú 8 de la mañana una inyeccion de dos c. c. y por lo tanto de *un gramo* de biclorhidrato de quinina, y á las 7 ú 8 de la noche ó antes si fuera necesario, otra de igual cantidad con las precauciones de antisepsia que se recomiendan.

El objeto buscado con esta alta dósis de la sal más activa, es poner á toda la sangre en un estado de verdadera saturacion quinica, de manera á transformarla en un medio absolutamente inhabitable para los hematozoarios palustres.

Los éxitos alcanzados por el doctor Canton, le permiten hacer esta afirmacion: Con ocho gramos de biclorhidrato de quinina administrados por la via hipodérmica en la forma antedicha, aseguramos que en la inmensa mayoria de los casos se obtiene la curacion radical del *chucho* más rebelde, siempre que no se exponga el paciente á una nueva infeccion, porque si este tratamiento garante contra las recaidas, no puede como cualquier otro, impedir las recidivas.

El doctor Canton, empeñado en una tarea patriótica y científica á la vez, viene luchando con ahinco en favor de los altos intereses públicos de una vasta region argentina que si hoy encierra el gérmen de endémias, se transformará en grandes centros industriales cuando el tiempo y la prédica constante de los hombres bien intencionados hayan logrado inculcar en

los gobiernos la verdad de estas palabras, *salus populi, suprema lex est.*

Su obra no será perdida jamás; y cuando corriendo los años se contemplen los resultados obtenidos, y sobre los terrenos maláricos de Salta y Tucuman se lleve la accion regeneradora de la higiene, entonces podrá decirse con toda justicia que los esfuerzos del doctor Canton marcaron el primer paso en el sentido de la transformacion de aquellas comarcas.

SAMUEL GACHE

Buenos Aires, Mayo 31 de 1894.

ANUARIO ESTADISTICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Administracion del señor Intendente doctor Federico Pinedo —Director honorario de la Estadística municipal, Alberto B. Martinez— Año III, 1893—Buenos Aires

El anuario correspondiente á 1893, que acaba de publicar el señor Alberto B. Martinez, director honorario de la Estadística municipal, reviste el mismo grande interés que los aparecidos en años anteriores, debidos á la laboriosidad de aquel distinguido funcionario.

Es un bosquejo de la vida activa y animada de la capital argentina á cuyo conocimiento, por medio de la estadística, ha consagrado sus esfuerzos el señor Martinez.

El nuevo volúmen, de 338 páginas, impreso por la «Compañia Sud Americana de Billetes de Banco», contiene detalladamente expuestos, los siguientes capítulos: Observaciones climatológicas é higiénicas. Crecimiento de la poblacion. Demografía. Alimentacion pública. Movimiento económico. Comercio especial exterior de la ciudad de Buenos Aires. Correos, telégrafos, teléfonos. Asistencia pública. Movimiento criminal. Movimiento carcelario. Instruccion pública. Diversiones y juegos. Datos diversos.

Bajo estos diferentes títulos está comprendido todo lo que se relaciona con el desarrollo y movimiento de este gran organismo que se llama ciudad de Buenos Aires.

Esta publicacion reviste gran importancia para todos los gremios, pues á todos interesa conocer los detalles y las modificaciones que sufre la vida del conjunto en que se desenvuelve la actividad individual; y de ahí surje la necesidad de estudiarla para deducir las consecuencias que naturalmente fluyen de ella.

El aumento considerable que el Anuario ha tomado, demuestra el mérito que se le reconoce.

De mucha utilidad es este libro; y por su contenido servirá en el exterior para dar á conocer lo que es la capital de la República Argentina.

Muy satisfecho debe sentirse el señor Martinez al contribuir con sus generosos esfuerzos al adelanto y mejoramiento urbano, á la vez que al perfeccionamiento de las instituciones comunales.

Buenos Aires, Mayo 31 de 1894.

NUEVOS HOSPITALES DE LA ASISTENCIA PÚBLICA

El Hospital de Belgrano (100 camas) y la casa de crónicos y convalecientes (250 camas) proyectados, empezarán en breve á construirse.

En el Hospital Rawson se hacen nuevas construcciones, y cuando éstas estén concluidas habrá en él capacidad para 400 enfermos.

El Instituto Municipal de enfermedades de mujeres, proyectado por el Dr. Lagarde, empezará á edificarse antes de dos meses.

El Hospital de la Boca será un hecho en poco tiempo mas.

El Dr. Señorans se preocupa también de dotar á la seccion Flores de su Hospital.

La ciudad de Buenos Aires tendrá así hospitales en todos sus rumbos.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Abril de 1894

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Tifus	2	1	3
Fiebre tifóidea	19	12	31
Escarlatina	—	2	2
Coqueluche	3	2	5
Difteria	8	10	18
Crup	14	6	20
Angina diftérica	1	—	1
Escorbuto	1	—	1
	48	33	81
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	59	42	101
» articular	1	—	1
» meningea	6	2	8
» de la pleura	1	—	1
» cerebral	1	—	1
» del peritoneo	1	—	1
Coscitis tuberculosa	1	—	1
Escrofulosis	1	—	1
Tabes mesentérica	1	—	1
Sífilis infantil	2	4	6
» en adultos	1	—	1
Cáncer	4	7	11
» del estómago	3	1	4
» del hígado	3	—	3
» del piloro	1	2	3
» del intestino	1	—	1
» del esófago	4	—	4
» de la matriz	—	1	1
» del útero	—	1	1
» de la cara	2	—	2
» de la vejiga	1	—	1
» de la laringe	2	—	2
» del cuello	1	—	1
» del recto	1	—	1
» de la pleura	1	—	1
» del mediastino	—	1	1
» del pulmon	—	1	1
Reumatismo	—	1	1
Diabetes sacarina	2	1	3
Púrpura	1	1	2
Leucocitemia	—	1	1
	102	66	168

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	8	9	17
Apoplegia	6	3	9
Hemorragia	8	5	13
Anemia	1	1	2
Meningitis	23	24	47
Embolia	2	—	2
Meningo-encefalitis	5	1	6
Encefalitis	1	1	2
Derrame cerebral	1	2	3
Hidrocefalia	—	1	1
Mielitis	—	1	1
Reblandecimiento cerebral	1	—	1
Tumor cerebral	1	1	2
Esclerosis medular	1	—	1
Tétano infantil	15	8	23
Eclamsia infantil	5	2	7
Parálisis general progresiva	5	2	7
Alcoholismo	6	—	6
Edema del cerebro	2	2	4
Delirio agudo	1	—	1
Hemiplegia	1	—	1
	93	63	156
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	2	2	4
Endocarditis	5	2	7
Aneurisma	4	1	5
Aneurisma de la aorta	3	—	3
Aortitis	1	—	1
Dilatacion de la aorta	—	1	1
Persistencia del agujero de Botal	1	—	1
Hemorragia	—	4	4
» umbilical	—	1	1
Angina de pecho	3	—	3
Vicio orgánico al corazon	31	20	51
Ateromasia arterial	6	1	7
Miocarditis	2	—	2
	58	32	90

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis estridulosa..	1	—	1
Laringitis	2	—	2
Bronquitis	9	8	17
Bronco-neumonia.....	18	22	40
Neumonia.....	19	16	35
Pleuro-neumonia.....	—	1	1
Pleuresia	3	—	3
Congestion pulmonar ..	5	—	5
Edema pulmonar.....	1	1	2
Estenosis traqueal.....	—	1	1
Hemorragia pulmonar..	1	—	1
Estenosis laringea.....	1	—	1
Hemoptisis	2	1	3
Gangrena.....	1	—	1
	63	50	113
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Dispepsia.....	1	—	1
Estrechez del esófago..	1	1	2
Gastritis.....	—	1	1
Gastro-enteritis.....	32	29	61
Atrepsia.....	13	17	30
Fiebre gástrica	1	1	2
Ulcera del estómago...	1	—	1
Enteritis.....	27	17	44
Entero-colitis	8	6	14
Disenteria.....	2	—	2
Oclusion intestinal.....	3	1	4
Tiflitis.....	1	—	1
Tumor fibroso abdominal.....	—	1	1
Estenosis del esófago..	1	—	1
Peritonitis.....	6	3	9
Cólera infantil.....	1	—	1
Hernia	1	1	2
Hepatitis.....	8	1	9
Atrofia.....	1	—	1
Congestion	—	1	1
Quiste.....	—	1	1
Abcéso.....	—	1	1
Peritiflitis	—	2	2
Cirrosis hipática.....	6	1	7
Cirrosis atrófica.....	4	1	5
	118	86	204
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright.....	2	1	3
Metritris.....	—	1	1
Uremia.....	6	3	9
Nefritis	8	8	16
Albuminuria.....	—	1	1
Neoplasma uterino.....	—	1	1
	16	15	31
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Linfo-adenoma.....	1	—	1
Erisipela.....	3	—	3
Gangrena.....	1	—	1
Flemon difuso.....	1	—	1
Abceso linfático.....	1	—	1
Noma..... ...	1	—	1
	8	—	8
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	1	—	1
Cáries.....	1	—	1
	2	—	2
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	1	1
Infeccion	—	1	1
	—	2	2
C: Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion .	6	—	6
Accidentes producidos por ferrocarriles.....	1	—	1
Accidentes producidos por tramways.....	1	—	1
Heridas.....	9	—	9
» por arma de fuego.....	5	—	5
Síncope.....	1	3	4
Traumatismo.....	1	—	1
Fracturas.....	6	—	6
	30	3	33
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita....	6	13	19
Nacidos muertos.	56	31	87
	62	44	106

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
E Sin clasificacion			
Atrofia infantil	2	—	2
Anemia	1	2	3
Ascitis	1	—	1
Asfixia	4	1	5
Consuncion	6	6	12
Embolia	1	—	1

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
Marasmo	2	—	2
Inanicion	2	2	4
Neoplasma	1	—	1
Senectud	—	6	6
Tumor	1	—	1
Caquexia	—	2	2
Esclerosis	1	—	1
Sin especificacion	2	—	2
	24	19	43

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	*Total*
624	413	1037

El profesor Arnould.—Ha muerto el eminente higienista y profesor Arnould.

Concurso de practicantes internos

El 20 de Junio termina en la Asistencia Pública el plazo para la inscripcion de concursos para cargos de 4 internos menores del Hospital Rawson y uno menor del Norte.

Revista Médica de Córdoba

Hemos recibido los primeros números de esta publicacion. Le deseamos próspera vida.

Año XVII—1894 BUENOS AIRES Tomo XVII—Nº 7

Anales del Círculo Médico Argentino

JULIO DE 1894

EMBRIOTOMIA CEFALICA

CON EL BASIOTRIBO AUVARD-CARBONELLI

Por el Dr. Cárlos Niseggi

A pesar de las preciosas estadísticas que hoy nos ofrecen tanto la sinfisiotomia como la operacion cesárea, el obstétrico se encuentra algunas veces frente á casos clínicos en los cuales la distocia, por las graves condiciones maternas, es tal, que le obliga aún á recurrir á operaciones cruentas sobre el feto, operaciones que, es cierto, sacrifican siempre la vida del niño, pero en cambio permiten que su extraccion pueda efectuarse con menos repercusion sobre el organismo materno.

Un caso clínico, que describiré en seguida, en el cual la distocia materna por estrechez muy pronunciada y forma irregular del canal pélvico, la distocia del cuello del útero unidas á un estado general de la enferma sumamente grave y la proximidad al campo operatorio de focos de supuracion, me decidieron á intervenir con la basiotripsia de preferencia á las operaciones conservadoras de la vida fetal, me permiten dar á conocer una modificacion que el Dr. Carbonelli, profesor sustituto de esta clínica, ha hecho al basiotribo de Auvard, modificacion que le asegura en todos los casos la fractura de la base del cráneo fetal, objeto primordial de este instrumento y que no se obtenia siempre con los basiotribos anteriores, inconveniente que reducia este instrumento á hacer las veces del cranioclasta sin ofrecernos una prehension del feto tan sólida como este último.

El 26 de Febrero acudiendo á un llamado urgente de la «Guardia obstétrica», que esta clínica mantiene al servicio permanente del público, encuentro á una mujer en condiciones sumamente graves, por las cuales ya antes un colega le habia ofrecido trasladarla á la clínica para operarla, á lo que la enferma se habia rehusado, obteniendo mi idéntica indicacion igual resultado. Los datos que he podido recojer son los siguientes:

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes individuales: edad, 26 años; empezó á caminar desde temprana edad, pero llegada á 3 años estuvo imposibilitada para la marcha durante un largo curso de tiempo, á causa de una enfermedad localizada en la proximidad de la articulacion coxo-femoral izquierda; enfermedad que se manifestó por lo que se puede deducir segun los datos suministrados por la enferma, por abscesos que se abrieron al exterior dando salida á pus y orígen á trayectos fistulosos que persistieron con ligeras mejoras pasajeras, hasta la edad de 10 años en que cicatrizaron. Seis años despues la enfermedad reaparece con los mismos síntomas: dolores, imposibilidad de caminar, y de nuevo se abren los trayectos fistulosos dando salida á pus, y esto dura tres meses.

Mientras tanto la marcha se habia hecho anormal, con dificultad podia trasladarse de un punto á otro sin el auxilio de muletas.

Casada hace 10 meses, queda en cinta poco tiempo despues, sin recordar con precision la fecha de su última menstruacion; la preñez sigue un curso regular hasta el 7º mes en que de nuevo se abren los trayectos fistulosos de la nalga izquierda, dando salida á icor sanguíneo; los dolores reaparecen obligando á la enferma á guardar cama en una inmovilidad absoluta hasta el momento en que nosotros la examinamos.

El período prodrómico del parto empezó el 18 del corriente con ligeros dolores aun bastante distanciados; éstos se hacen intensos y regulares desde la 1 del 25. La rotura de las membranas se efectúa precoz y espontáneamente á las 5 del mismo dia.

Mujer de estatura mediana, mas bien algo baja, ligero grado de prognatismo, vientre «á besace», pierna izquierda

dos centímetros mas corta que la derecha, anquilosis incompleta de la articulacion coxo-femoral izquierda, la cual conserva muy ligeros movimientos; en la vecindad de esta articulacion diversos trayectos fistulosos dan salida á pus icoroso y tanto aquí como á derecha nótanse cicatrices antiguas. En la region glútea izquierda hay un absceso que ofrece fluctuacion.

La palpacion del abdómen nos permite limitar el cuerpo del útero, el fondo del cual llega al tercio medio supraumbilical, su volúmen es el de un útero llegado al término de la preñez; su parte inferior está ocupada por el extremo cefálico del feto, el cual es móvil sobre el estrecho superior y tiende á desviarse hácia la fosa ilíaca derecha; la extremidad podálica ocupa el cuadrante superior de izquierda; el dorso se siente á izquierda, y con alguna dificultad las pequeñas extremidades en el cuadrante superior de derecha. Del extremo cefálico abajo se siente la eminencia frontal á derecha.

La auscultacion del corazon fetal ofrece su máximum de intensidad en el cuadrante inferior izquierdo de la proximidad de la línea umbilical. El feto está dispuesto verticalmente hácia abajo y á la derecha en occipito-izquierdo.

A la exploracion nótase la vagina caliente, cuello uterino completamente trasformado y dilatado de 5 á 6 centímetros; membranas rotas. La presentacion es cefálica, móvil al estrecho superior, excéntricamente colocada sobre la mitad derecha de la pelvis; no se alcanza á sentir sutura alguguna, pero ya por medio de la palpacion y de la auscultacion se habia hecho diagnóstico de posicion izquierda; con alguna dificultad se alcanza posteriormente al surco entre el temporal y la oreja, lo que nos hace pensar que la cabeza está inclinada sobre el parietal posterior. Se llega fácilmente al promontorio sacro-vertebral, el cual se encuentra desviado ligeramente hácia la izquierda; la conjugada diagonal ó distancia promonto infrapúbica solo mide 72 milímitros. Tambien con facilidad se llega á las dos sínfisis sacroiliacas, pero con la siguiente particularidad: que la izquierda está casi dos centímetros mas distante del pubis que la derecha, siendo en cambio el espacio comprendido entre el ala del sacro y el hueso ilíaco de izquierda, mucho menor que el de derecha.

Algunas medidas externas que tomé están agrupadas en el siguiente cuadro:

Distancia entre espinas ilíacas ántero-superiores	238	milímetros
Distancia entre las crestas ilíacas	218	»
Conjugada Baudolocque	155	»
Distancia bitrocantérica	254	»
Circunferencia pélvica	710	»

La enferma está exhausta de fuerzas, debido al prolongado trabajo del parto.

Vése fácilmente en este caso, que la pelvimetria tanto interna como externa es sumamente reducida. Nos encontramos con un terreno raquítico en el que mas tarde apareció aún la enfermedad de la articulacion coxo-femoral izquierda, que trajo como consecuencia su destruccion y con ésta la irregular distribucion del peso del tronco, que no se trasmitía ya por la cavidad cotiloidea, sino delante y encima de ella, donde se habia refugiado la cabeza del fémur.

Esta presion ectópica sobre huesos cuya consistencia no era normal, empujó la sínfisis del pubis hácia la derecha, aproximando al mismo tiempo el hueso ilíaco izquierdo á la mitad del sacro del mismo lado, dando al estrecho superior una forma ligeramente oblícua é inutilizando casi por completo la mitad izquierda de la pelvis como canal de pasaje.

Considerando las condiciones graves de la enferma, la estrechez pélvica tan pronunciada y el trabajo del parto que dura desde tan largo tiempo, casi 35 horas, sin resultado provechoso alguno, se piensa en terminar el parto lo mas rápidamente posible. El forceps y la version eran operaciones inútiles de tentar en este caso, pues sus límites habian sido pasados de mucho. Siempre con el objeto de salvar la vida del feto con la de la madre, se pensó en la sinfisiotomia. La conjugada diagonal media 72 milímetros, es decir, un espacio útil que no llegaba á 6 centímetros y contando que, con esta operacion, pudiéramos obtener una ventaja de 1 1/2 centímetros, se habria alcanzado apenas 7 1/2 centímetros, como se comprende, no suficiente para permitir la salida de un feto á término ó para permitirlo no sin dificultad, mas si se tiene presente la forma oblícua de la pelvis. Una razon mas habia que alejó de

nosotros la idea de practicar la sinfisiotomia, y era la siguiente: practicar una operacion cruenta sobre la madre, en un organismo tan pobre como el de nuestra enferma, exhausta por un trabajo de parto tan prolongado y las supuraciones á que venia nuevamente expuesta desde hacia algun tiempo, con focos purulentos tan próximos al que hubiera debido ser nuestro campo operatorio, era encaminarse casi con seguridad á una infeccion que hubiera sido de resultados desastrosos. Estas mismas causas hicieron correr igual suerte á la operacion cesárea, la que en mejores condiciones maternas nos hubiera permitido con seguridad obtener un niño vivo. No nos queda otro recurso que el de la embriotomia, y de éstas resuelvo practicar la basiotripsia.

Todo preparado y dispuesto convenientemente, un ayudante centrifica y fija la cabeza fetal en el estrecho superior por medio de presiones sobre ésta, hechas al través de las paredes abdominales, y en estas condiciones no alcanzando aún con la exploracion vaginal sutura alguna, me resuelvo á hacer la craniotomía, perforando el parietal posterior con las tijeras craniótomas de Nœgele Tibone; retiradas las tijeras, hago la aplicacion del basiotribo Auvard Carbonelli, (del cual me ocuparé más adelante) y despues de algunas tracciones, extraigo un feto del sexo masculino, el desarrollo del cual nos indica que la preñez habia llegado al término. Cinco minutos despues la expulsion de la placenta y membranas se hace espontáneamente; la placenta está entera, las membranas completas, rotas centralmente; no ofrecen nada notable.

Observando sobre qué partes de la cabeza fetal han sido aplicadas las ramas del basiotribo, se ve que: la rama llena ó media, ha sido introducida por la abertura hecha con el craniótomo, en el parietal izquierdo cerca del ángulo pósterosuperior. La rama derecha fué aplicada sobre la region témporo-maxilar izquierda y la extremidad de la cuchara pasa á la otra mitad de la cara y viene á caer en correspondencia del surco naso-labial derecho. La rama izquierda cae sobre la porcion escamosa del occipital, en la mitad derecha y la extremidad en la vecindad de la apófisis mastóidea.

Conservo un modelo en yeso de la cabeza fetal con el ba-

siotribo *in situ* y el cráneo preparado se encuentra en el museo de la clínica.

Durante el puerperio la temperatura axilar se ha conservado entre 37.3 y 37.8; sin embargo, el estado general era bueno, los loquios eran de aspecto y olor normales, la palpacion del hipogastrio indolora, nada habia del lado del aparato genital que pudiera dar la explicacion de ese estado sub-febril y creo solo debia atribuirse al abceso que la mujer llevaba en la region glútea izquierda.

Algunos autores han pretendido atribuir al profesor Tarnier la invencion del basiotribo, pero es este un error, pues recorriendo la literatura obstétrica se encuentra que ya en el siglo pasado, en 1730, Fried habia imaginado un instrumento que hacia presa de la cabeza fetal y rompia su base; este instrumento fué descrito por Voigh. Más tarde ya en nuestro siglo, en 1842, Finizio daba á conocer un cefalotribo, al cual habia unido una lanza como rama mediana; instrumento al cual él dió el nombre de basiotribo.—En 1847, Van Heutel modifica el basiotribo de Finizio, agregándole una rama más externa, es decir, haciéndolo compuesto de tres cucharas y practicando la perforacion con una lanza libre que puede separarse del resto del instrumento. Despues de Van Heutel, pasan 20 años sin que trabajo alguno aparezca sobre el basiotribo, hasta que Lollini en 1867, agrega á su cefalotribo un trépano, transformándolo así en un basiotribo; este último instrumento fué usado *in illo tempore* en esta clínica, pero fué abandonado más tarde por ser su manejo sumamente difícil. Muchos de estos instrumentos he tenido ocasion de ver en el rico museo de objetos obstétricos que este instituto posee.

En 1883 Tarnier presentó á la Academia de Medicina de Paris, su basiotribo: es un instrumento que todos conocen perfectamente por lo que su descripcion me parece supérflua; pasaré en cambio revista á algunos de sus inconvenientes:

1º. El primer tiempo de la operacion, la craniotomía, practicada con la lanza del basiotribo Tarnier, es algunas veces sumamente difícil; la operacion se hace larga y aún algunas veces imposible: pueden herirse con facilidad los dedos del operador y su uso no deja de presentar inconvenientes para las partes blandas maternas, sobre todo en los casos

de estrechez pélvica pronunciada, en los cuales la eminencia del promontorio es notable. Pinard, en algunos casos que ha publicado, hace notar que la craniotomia con la lanza de Tarnier, fué imposible en unos y muy laboriosa en otros casos, á causa de la estrechez de la pelvis ósea y de las partes blandas, debiendo recurrir algunas veces al craniótomo de Blot.

Pugliatti en su interesante estudio «Il basiotribo Tarnier» da á conocer que la perforacion del cráneo con la lanza fué una vez imposible, á causa de edema del labio anterior del cuello uterino, al cual no alcanzaba á proteger suficientemente con la mano izquierda que habia introducido en el canal genital para servir de guia al instrumento, y llega en su trabajo á las siguientes conclusiones: «La rama perforadora hace la craniotomia poniendo en peligro al operador y algunas veces á la enferma; si supera las dificultades que se pueden encontrar es con gran trabajo; en otros casos en cambio no se puede emplear absolutamente (estenosis pélvica considerable, dilatacion incompleta del cuello, prolapsus de las paredes vaginales, etc.)

2º. Los dos hemisferios que se forman á los lados de las cucharas del instrumento, han sido capaces en algunos casos, de hacer difícil la extraccion del feto y en otros, absolutamente imposible. Este inconveniente fué demostrado ya por Simpson en el Congreso Internacional de Medicina de Copenhague en 1884, cuando hablando de la presa que el basiotribo hace sobre la cabeza fetal, dijo: «Ciertamente está muy aplastada en una direccion, pero se produce aquí como en la cefalotripsia, una elongacion del diámetro opuesto, de tal manera que la cabeza no puede acomodarse ya de por sí á la forma de la pelvis.»

En el mismo congreso, Müller, haciendo el paralelo entre el basiotribo y el cranioclasta, decía: «la aplicacion de las ramas externas se opone á la elongacion de la cabeza fetal, la reductibilidad es incomodada durante la extraccion, lo que expone más fácilmente á contusiones de las partes blandas maternas.»—Todas estas objeciones aumentan de valor si se piensa que este instrumento viene usado con mayor frecuencia en casos de estrechez pélvica, y por consecuencia en circunstancias en que los peligros del parto por las vias naturales, son aún mayores.

3º. La integridad de la base del cráneo, no siempre es destruida con este instrumento, en unos casos debido á la poca longitud de sus cucharas y en otros por la flexion sumamente exagerada de la cabeza fetal y la obligacion en que se encuentra el operador, por la construccion especial del instrumento, de aplicar siempre la cuchara izquierda antes que la derecha: así por ejemplo, en una posicion derecha trasversa y tratando de hacer la basiotripsia segun el diámetro O F se deberá, despues de haber hecho la craniotomia en la proximidad de la fontanela posterior, que es la accesible, aplicar la cuchara izquierda que es la mas corta sobre la bóveda craneana y llevándola lo mas alto posible podrá llegar á lo sumo hasta la frente; estas partes óseas, sobre las que viene así aplicada la cuchara izquierda, ofrecen poca solidez á la presa, el tiempo cranioclástico de la operacion viene así practicado de una manera incompleta, la cabeza queda móvil alrededor del instrumento y al final solo se encuentra entre las cucharas la bóveda del cráneo, no obteniendo modificacion alguna de la base, que es lo que nos habíamos propuesto destruir, para poder hacer la extraccion.

4º. Otro inconveniente que presenta el basiotribo del Profesor Tarnier, es el siguiente: en los casos de vicios pélvicos asimétricos (oblicuo ovalares de Nœgele, pelvis modificadas por luxacion unilateral del fémur, pelvis scolióticas, etc.) las microcordas miden algunas veces menos de 45 milímetros, que es la medida ántero-posterior de las cucharas de este instrumento; ahora bien: para que el basiotribo pueda aplicarse, es necesario un paralelismo perfecto de las dos cucharas, y para que este paralelismo exista, debemos en algunas aplicaciones, precisamente en las pelvis asimétricas ya enumeradas, llevar las cucharas en la direccion de las microcordas; y como se comprende, esta aplicacion será imposible si la cuchara es mas amplia que el diámetro en correspondencia del cual debe ser aplicada, y tambien en estos casos sucede, que queriendo hacer la aplicacion «quand même», no se llevan las cucharas suficientemente altas y solo se aferra la bóveda del cráneo.

Bar modificó el basiotribo Tarnier con el objeto de salvar algunos de los inconvenientes que he enumerado; modificó la articulacion de las cucharas de tal manera, que puede aplicarse indiferentemente antes la izquierda ó la derecha; á

más, con el objeto de tener en todos los casos una presa sólida de la cabeza, aplica sobre la lanza, despues de haber hecho la craniotomia, un zócalo, que para ese efecto se coloca de ese lado de la cara, tratando así de hacer de dos ramas del basiotribo un verdadero clanioclasta; pero, para hacer esas modificaciones, aumentó el volúmen del instrumento de tal manera, que pesa 300 gramos más que el de Tarnier; su manejo es mas complicado y conserva los inconvenientes que he enumerado para la craniotomia; para la extraccion por los hemisferios laterales voluminosos, la brevedad de las cucharas no ha sido modificada y persiste la dificultad de la aplicacion en los casos de vicios pélvicos asimétricos pronunciados.

Auvard construyó un basiotribo agregando una cuchara más á su cranioclasta, cuchara que es de longitud un poco mayor que la otra, tratando de obtener con esto, á mas de la fractura, la inclinacion de la base del cráneo, lo que vendrá á facilitar más la extraccion del feto. La articulacion de las diferentes ramas permite indiferentemente aplicar una ú otra cuchara antes. Este instrumento no tiene curvadura pélvica y el diámetro ántero-posterior de las cucharas en su parte mas ancha solo alcanza á 3 centimetros. Con este instrumento se salvan ya varios de los inconvenientes que tenian tanto el de Tarnier como el de Bar; en muy raros casos la integridad de la base del cráneo es respetada; á mas, la poca anchura de las cucharas hace posible su aplicacion aún en los vicios pélvicos asimétricos más pronunciados y en todos los casos la presa que hace sobre la cabeza fetal es perfectamente sólida; sin embargo, conserva él tambien aún algunos: la craniotomia se practica en la rama mediana, que no es ya en forma de lanza como en sus predecesores, sino un zócalo terminado á tornillo, ofreciendo para esta operacion las mismas dificultades que aquéllos; las cucharas son bastante defectuosas en su construccion: no son suficientemente largas para poder estar seguros en todos los casos de aferrar la base del cráneo; á más, las ventanas son muy anchas y sucede que durante su aplicacion guiándolas á los lados de la cabeza fetal, á veces uno de los dedos de la mano guia queda presa en la ventana, siendo imposible ya retirar éste, sin retirar al mismo tiempo la cuchara: tambien tienen de-

masiado espesor, por lo que durante la aplicacion, estando la cabeza en el estrecho superior, viene ésta cambiada de posicion, movilizada, lo que nos incomoda para tener una presa fija y sólida.

Habiendo tenido ocasion el Dr. Carbonelli de notar estos inconvenientes que aún ofrecia el basiotribo de Auvard, trató de suprimirlos, para lo cual le hizo sufrir las siguientes modificaciones que dió á conocer en su leccion del 2 de Marzo del corriente año y que comunicará al Congreso Internacional de Medicina, que á fines de este mes se llevará á cabo en Roma: La rama interna ó intracraneana es completamente obtusa, en forma de zócalo, que se ajusta perfectamente con la cuchara izquierda, como se ajustan las dos ramas de un cranioclasta, y teniendo ya el operador con ellas solas una presa solidísima de la cabeza fetal; como se comprende, no se puede practicar con esta rama la craniotomia y esto fué hecho expresamente, pues ya hemos tenido ocasion de observar los inconvenientes á que nos exponia practicarla con la lanza: esta operacion se lleva á cabo en cambio con un instrumento mas adecuado como son las tijeras craniótomas de Nœgele, Tibone ó Blot, etc.

La cuchara derecha la ha hecho construir 2 centímetros más larga que la izquierda, obteniendo con esta desigualdad que las presiones laterales se efectúen á niveles diferentes, resultando de aquí la inclinacion de la base del cráneo al mismo tiempo que su fractura. A mas, la longitud de las cucharas ha sido llevada á 10 centímetros, lo que permite estar seguro de que en una aplicacion regular de este instrumento, la base del cráneo viene presa siempre entre las cucharas. La distancia trasversa entre las dos cucharas apenas alcanza á 4 centímetros con menos de 3 en el sentido ántero-posterior.

La cabeza fetal no viene ya trasformada en un disco bilobado como con los basiotribos de Tarnier, Bar, etc., sino modelada en forma de cuña, á causa de las presiones á niveles diferentes efectuadas por cucharas de diversa longitud, lo que viene á favorecernos en los casos de dilatacion insuficiente del cuello del útero, como era en el caso que he descrito más arriba y en un parto forzado operado por el Dr. Carbonelli, porque haciendo tracciones suaves sobre la cabeza fetal, ésta viene á llenar, por su forma, las

funciones de dilatador y se llega poco á poco á una dilatacion suficiente como para poder efectuar la extraccion.

Tres operaciones han sido practicadas hasta ahora con este instrumento: dos por el mismo Dr. Carbonelli, una vez en un parto forzado por eclampsia y otra en una estrechez pélvica bastante pronunciada; latercera, por el que suscribe en el caso mas arriba descrito, y en todos ellos la basiotripsia ha sido perfecta y me parece que el resultado será siempre igual, dadas las condiciones de este instrumento que aseguran la destruccion de la base del cráneo y la trasformacion de la cabeza fetal en una forma tal que facilita muchísimo su extraccion.

Termino agradeciendo la esquisita amabilidad con que siempre me distinguieron, el profesor Dr. Domingo Tibone y su sustituto Dr. Carbonelli, quienes á cada instante me guiaron con sus sabias lecciones y pusieron á mi completa disposicion el enorme material de estudio que esta clínica posee.

Instituto Obstétrico Ginecológico, Torino, Marzo de 1894.

Del tratamiento de las varices de los miembros inferiores por la venda elástica

Por el Dr. Enrique Tornú

Laureado de la Facultad de Medicina de Burdeos

Las varices de los miembros inferiores acompañadas generalmente de sus dos complicaciones comunes (úlcera y eczema) se presentan á cada instante en la práctica diaria, sobre todo en los consultorios de los hospitales, y si bien los tratamientos indicados son bien conocidos, hemos creído interesante dedicar unas líneas al menos empleado, tal vez, pero que es en nuestra opinion el que da los mejores resultados como hemos tenido la ocasion de observarlo en Burdeos, en el servicio de uno de nuestros maestros, el profesor Arnozan, y de comprobarlo en dos casos que nos son personales y cuya historia completa publicamos más adelante: nos referimos á la venda elástica del Dr. Martin.

Dejamos completamente de lado los diversos tratamientos quirúrgicos (ligadura, cauterizacion total, inyecciones, etc., etc.) *soit disant* curativa, porque creemos con Forgue y Reclus, que solo tienen aplicacion en ciertos y limitados casos; por ejemplo, cuando se trata de uno de esos tumores circunscritos, muy dolorosos, en los que la ruptura es inminente ó cuando nos encontramos en presencia de uno de esos paquetes bien limitados, no compresibles y que solo esperan la mas mínima ocasion para ulcerarse. En estos casos, la cirugia está autorizada á intervenir y el resultado operatorio es siempre bueno, pero que en cuanto al terapéutico definitivo, poco ó nada vale, desde que no se puede suprimir con el bisturí la causa: es un absurdo pretender *manus operandi*, extirpar el artritismo.

Solo pues nos parece racional en la mayoria de los casos, recurrir á los tratamientos *paliativos* que comprenden dos medios: los higiénicos y los ortopédicos. Los primeros solo representan un papel secundario y sin otra ayuda son absolutamente ineficaces; en cuanto á los segundos, que desde tiempo inmemorial se usan, pueden resumirse en una sola palabra: la *compresion*. Ésta puede hacerse de diversos modos, pero el procedimiento que ha imperado hasta hoy y que sigue imperando, es el de las *medias elásticas* con todas las variedades ideadas por los médicosy por los ortopédicos, aplicándolas estos últimos á diestra y siniestra sin ningun control científico, yendo muchas veces no solo en contra del fin que se proponen, sino tambien creando complicaciones graves.

¿Por qué las medias elásticas tan universalmentente usadas no dan los resultados que se podria esperar en vista de su propiedades elásticas?

La *compresion*, para que pueda desempeñar el rol que le exigimos, es necesario que sea uniforme en todo el miembro varicoso, y esto sucede muy rara vez, pues en general no se mandan hacer sobre medida, sino que, se compran hechas y llega en ciertos casos la negligencia del enfermo á tal extremo, que ni siquiera las prueba para ver si le están bien. Sucede pues que en la mayor parte de los casos, la compresion por las medias elásticas que no se aplican perfectamente sobre el miembro enfermo, sino llega, como sucede casi siempre á ser peligrosa, es por lo menos inútil ó defectuosa, pues

sobre ciertos segmentos del miembro será insuficiente, en otros será demasiado fuerte y en algunos completamente nula. Es absolutamente indispensable, pues, que las medias elásticas sean hechas sobre medida, condicion difícil de obtener sobre todo en la clase pobre.

Pero aun suponiendo que la media elástica esté perfectamente hecha sobre medida y que se aplique de una manera uniforme sobre el miembro enfermo, los primeros dias de su aplicacion, el varicoso se encontrará satisfecho de su aparato, pero pasado algun tiempo (una semana, quince dias ó un mes) notará que su media se ensancha, resbala y cae y poco á poco verá que sus varices se hinchan de nuevo y que todos los fenómenos que experimentaba antes, vuelven con la misma intensidad y tal vez con una intensidad mayor; y es que, en efecto, á causa de su débil espesor los hilos de cauchouc que entran en la composicion de la media, pierden muy pronto su elasticidad, mecanismo fácil de comprender si se conoce el modo como están fabricados estos aparatos (*Traononez*). Otra de las razones que nos explica la *déchéauce* tan rápida de las medias elásticas, es la alteracion del tejido que envuelve el cauchouc.

Otro de los inconvenientes de las medias elásticas es que no siempre pueden aplicarse.

En efecto, supongamos un sujeto atacado de varices con eczema húmedo, si aplicamos una media sobre los tegumentos ésta será bien pronto mojada por los líquidos segregados y no tardará en adherirse á la piel, y solo será posible sacar la media á costa de vivos dolores é inutilizándola con las tijeras. El Dr. Traononez cita un caso personal en el que las cosas se pasaron como acabamos de indicar.

Pero el miembro varicoso puede además presentar fisuras, úlceras, etc. y entonces la aplicacion de la media se hace, sinó imposible, por lo menos muy difícil, y exige las mayores precauciones para evitar al enfermo vivos dolores. Verdad es que como lo recomiendan algunos médicos, puede, interponerse entre la ulceracion y la media, apósitos, pero este modo de proceder no es racional, pues tiene forzosamente que destruir la uniformidad de la compresion, condicion *sine qua non* de toda buena media elástica.

Pero otra razon muy atendible y que protesta en contra del uso de la media elástica, es su precio bastante subido

para la clase pobre y que se hace tanto más costoso, cuanto que se deben renovar frecuentemente, por su rápida deterioracion.

« La idea de hacer la *compresion* de las varices por medio de una bandeleta elástica formando alrededor del miembro una espiral continua, es indudablemente muy ventajosa» (Traononez). Esta idea se debe á Bourjeaurd, pero tuvo tambien la mala inspiracion de darle una forma de media, con lo que destruyó las ventajas de este procedimiento. En cambio el Dr. Martin (de Massachussets) supo aprovechar esta ingeniosa idea y á él le corresponde el honor de haber resuelto el problema de una manera por demás satisfactoria recurriendo á una simple «verrela de caouchouc larga, ancha y muy extensible».

Segun el Dr. Martin, la venda debe tener tres metros de largo por 75 milímetros de ancho, y su espesor debe corresponder al núm. 21 de la *filière* de Stubs. Pero mi distinguido colega y amigo el Dr. Traononez, médico de la Marina francesa y autor de un importante trabajo sobre la materia (*Contribution à l'etude du traitement des varices des membres inferieures et de leurs complications par la compression par la bande elastique)* Bordeaux 1893, cree que el ancho propuesto por el Dr. Martin es demasiado y respecto á la construccion de la venda se expresa así: « Hemos ensayado las vendas de 7 y 7 centímetros y medio de ancho y hemos podido constatar que se aplican muy mal. Para evitar los *godebs* era necesario tender fuertemente el caouchouc y de esta tension exagerada resultaba una compresion que hemos juzgado perjudicial. Así, pues, hemos renunciado á este ancho y nos hemos servido de vendas de 5 centimentros, que son las que se adaptan mejor. En cuanto al largo, es evidentemente arbitrario y depende del volúmen del miembro enfermo. Con un ancho de 5 centímetros, un largo de 4 á 5 metros, responde á todos los casos ordinarios. En cuanto al espesor, debe ser de *un* milímetro. El caouchouc empleado debe ser de muy buena calidad, rojo muy *souple* y maleable y no debe contener ni ácido fénico ni azufre en exceso. El Dr. Martin ha atribuido á la mala calidad del caouchouc los ocho malos resultados obtenidos por el Dr. Flescher-Home (Véase *Lancet*, Junio de 1879).» Nosotros, habiendo tenido ocasion de observar en Burdeos,

el empleo de las vendas construidas segun las indicaciones del Dr. Traononez, nos hemos servido de las mismas dimensiones.

Divididas están las opiniones respecto á la aplicacion de la venda cuando las varices se presentan complicadas de eczema ó de úlcera, pretendiendo unos (Martin), que debe aplicarse directamente sobre la piel, otros (Thomas, Courti) que debe interponerse una pieza blanda de tela ó de muselina (Thomas) ó diaquilon (Coruty) y alguno, como Sacreste, que interponer un pequeño apósito protector si se trata de úlcera y absolutamente nada si la complicacion es eczema. Traononez rechaza de una manera absoluta la interposicion de cualquier clase de tela, (muselina, diaquilon, etc.), pero sí emplea polvos modificadores (calomel, subnitrato de bismuto, etc.) cuando se trata de úlceras profundas y en los casos de eczema sin úlcera ó de varices simple, prefiere la aplicacion directa. Estamos de acuerdo en no admitir ninguna tela, pero creemos tambien que es necesario no ser sistemáticos como el Dr. Martin, y que hay casos en los cuales es necesario tratar por ciertos agentes las complicaciones, á fin de ayudar á la compresion que, naturalmente tarde ó temprano, mejorando la circulacion venosa, curará la úlcera ó el eczema.

Nosotros hemos empleado en un caso de varices con eczema (Véase observacion II) la pomada del Dr. Davezac, de Burdeos, pomada que da muy buenos resultados en toda clase de eczemas y que se formula así (1):

Vaselina.....	30	gramos
Óxido de zinc.....	6	»
Alquitran.....	3	»

Cualquiera que sea la lesion, varices simples, eczema ó úlcera, debe siempre comenzar la aplicacion de la venda por el pié. «Estando la venda enroscada colocamos la extremidad libre en través sobre la cara dorsal del pié, partiendo de uno

(1) Como los cuerpos grasos atacan el caucho, es necesario no usar las pomadas sinó de noche cuando el enfermo se acuesta y se saca la venda, teniendo cuidado de secar el exceso con un algodon por la mañana al levantarse antes de colocar la venda.

de los maleolos y yendo á alcanzar otro borde del pié en su extremidad; allí hacemos sobre el pié una vuelta en estribo al nivel de la base de los dedos y volvemos sobre la cara dorsal. Hacemos así, subiendo hacia los maleolos (de manera de envolver lo más posible el tegumento) una ó dos vueltas que se cubren una á otra de un tercio poco más ó menos. Llegado á los maleolos basta continuar las vueltas en espiral hasta alcanzar la rodilla. Con un poco de atencion y gracias á la elasticidad y á un ancho apropiado de la venda se llega muy fácilmente á hacer una aplicacion exacta, (Traononez)». Como se ve, la aplicacion es muy fácil y su sencillez llega á tal extremo, que los enfermos consiguen ponérsela ellos mismos, de una manera perfecta, al cabo de una ó dos veces que se les enseña.

Es necesario pues hacer á los enfermos las siguientes recomendaciones:

1ª. Que no apreten demasiado la venda, debiendo contentarse despues de haber practicado las primeras circulares del pié, á dirigir simplemente las vueltas de espiral de manera que se cubran de un tercio de su ancho sin estirar la venda, sino tenerla simplemente tendida. El *engorudissement* del miembro les advertirá bien pronto si han aplicado mal su venda.

2ª. La venda debe colocarse por la mañana en la cama y antes de colocar el pié en tierra y debe sacársela á la noche al acostarse.

3ª. Deben someter los miembros enfermos á los cuidados, higiénicos más severos, aprovechando para hacérselos á la noche al sacarse la venda.

4ª. Todas las noches debe colocar la venda en un baño de agua tibia, dejarla diez minutos ó un cuarto de hora y despues colocarla á caballo sobre algo á fin de que se seque.

Una vez aplicada la venda de caouchouc se le puede considerar como una verdadera media elástica, pero una media completamente diferente de los aparatos hechos sobre medida que llevan este nombre y que se aplican mal, no ejerciendo sobre las diversas partes del miembro enfermo una compresion igual y uniforme. La venda de caouchouc en cambio se amolda muy exactamente sobre toda la superficie del miembro y, gracias á su elasticidad, la presion que ejerce se reparte igualmente sobre toda su longitud; y esta compresion perfecta-

mente uniforme puede graduarse á voluntad, aumentándola ó disminuyéndola segun las indicaciones.

El costo de la venda es infinitamente menor comparado con el de las medias elásticas y está al alcance de todos los bolsillos, condicion no despreciable.

Su aplicacion es tan fácil como la de la media elástica y tiene además la ventaja de poder ser aplicable en todos los casos que las varices se presenten con sus complicaciones, pues no se adhiere á los tegumentos que *suintent* ó supuran. Y, por fin, los resultados obtenidos con la venda son muy superiores á los de las medias elásticas.

Observacion I

Margarita X... de veinte y ocho años, cocinera, sin antecedentes hereditarios dignos de tomarse en cuenta, padece de varices desde los veinte años.

Una noche, el 15 de Enero, al bajar de una escalera se golpeó la pierna derecha contra un escalon y se sintió mojada, notando que la causa de la mojadura era un chorro de sangre que le salia de la cara anterior de la pierna. Se ató un pañuelo al nivel de la solucion de continuidad y me hizo llamar. Me presenté inmediatamente y viendo que la hemorragia continuaba, y para darme cuenta de donde provenia, desaté el pañuelo é inmediatamente salió un chorro de sangre muy abundante, con mucha fuerza y con pequeñas sacudidas; tal era el aspecto del chorro, que al primer golpe de vista me hizo la impresion de que provenia de una arteria. Despues de un detenido exámen me convencí fácilmente que se trataba de la ruptura de una varis superficial y constaté además que las dos piernas poseían gran cantidad de paquetes varicosos de tal manera, que no quedaba una sola vena sana. Habia edema bastante pronunciado al nivel de los maleolos de las dos piernas, pero no observé ni úlcera, ni eczema en ningun punto.

Inmediatamente saqué la liga que comprimia el miembro al nivel de la extremidad inferior del muslo y la intensidad del chorro disminuyó notablemente. Con una pinza á dientes suaves pude fácilmente abrazar los tegumentos y la vena lesionada y detuve así la hemorragia, mientras se me traía de la farma-

cia los elementos indispensables para colocar un apósito antiséptico y hacer un vendaje compresivo desde la punta del pié hasta la rodilla. Tres dias despues (18 de Enero), durante los cuales le hice guardar cama, saqué el apósito y el vendaje compresivo y le apliqué la venda elástica. Durante tres dias consecutivos me tomé el trabajo de ir á colocarle por la mañana la venda y despues de estas tres lecciones la enferma se la aplicó ella sola y va como siempre á sus ocupaciones de cocinera.

El 24 de Enero se me presentó en el consultorio y pude constatar que el edema habia desaparecido, pero las varices presentaban poco mas ó menos el mismo volúmen. El 30 del mismo mes volví á verla siempre sin edema y la mayor parte de los paquetes varicosos habian desaparecido, quedando naturalmente siempre las venas superficiales algo voluminosas. Pero la enferma está muy satisfecha, pues ya no se le «hincha el pie, ni la pierna como antes» y los dolores que sentia antes en los miembros inferiores han desaparecido y se encuentra «mas vivaracha para desempeñar su oficio, pues anteriormente se le quedaban las piernas como muertas». La he visto hace unos quince dias y se encuentra perfectamente.

Observacion II

Maria X... de 44 años, casada, lavandera, goza en general de buena salud y solo se queja desde hace cinco años de varices del miembro inferior derecho. El padre vive y la madre ha muerto de una enfermedad uterina á los 42 años (no hay datos sobre esta enfermedad) y recuerda que padeció tambien de varices y de hemorroides. Tiene seis hijos perfectamente sanos: no ha perdido ninguno. Ella misma no ha padecido ninguna enfermedad de importancia.

Desde hace cinco años comenzó á notar que sus piés se hinchaban y que sus venas gruesas azuladas contrastaban con la piel muy blanca de su pierna.

Naturalmente no hizo mucho caso y esperó que las cosas «pasarian asi solas» hasta que á principios del año pasado empezó á sentir pruritos y ardores, primero al nivel de los maleolos y despues mas arriba y notó que se formaban unas vesiculitas que despues se rompian y «daban agua». La «pica-

zon» dice ella, era tan fuerte y tan incómoda, que se decidió á consultar un farmacéutico que le dió una pomada que la calmó un poco. Dos meses mas tarde vió á un colega que le recetó una pomada tambien y que además le dijo que se procurara unas medias elásticas, lo que hizo. Experimentó al principio alguna mejoria, pero mas tarde los fenómenos de pesantez, de prurito, etc., volvieron con mayor intensidad.

Sacó la media elástica y constató que la pierna presentaba edema muy pronunciado y la piel es rojiza. Pocas varices en todo el miembro, excepto cerca del hueco poplíteo donde encuentro dos paquetes varicosos bien pronunciados. En cambio, veo en la cara anterior y en la parte media de la pierna una gran placa eczematosa caracterizada por una coloracion lívida, brillante y escamosa. Al tacto la piel se nota espesa, como indurada en toda esta region.

Además, la enferma se queja de prurito muy fuerte que la obliga á pasar su existencia rascándose, de dolores vivos á la menor presion y de una gran sensacion de pesantez en ese miembro. La pierna izquierda solo presenta las venas superficiales algo voluminosas.

El 5 de Febrero de 1894, le hago la primera aplicacion de la venda elástica y le receto una pomada al óxido de zinc y al alquitran que debe ponerse á la noche despues de sacarse la venda.

El 7 de Febrero, dos dias despues, el edema ha disminuido algo y el prurito ha desaparecido. El 11 del mismo mes no hay mas edema y la placa eczematosa presenta muy buen aspecto; no siente tampoco la sensacion de pesantez ni de tension que tenia antes, pero en cambio se hace bajo la venda una pequeña transpiracion que solo dura dos dias, combatida por polvos de talco y ácido salicílico, que le hago aplicar por la mañana al levantarse.

El 1º de Marzo, es decir, *veinte y cinco dias* despues de la primera aplicacion de la venda todo ha desaparecido, quedando solo (pero muy disminuido) los dos paquetes varicosos que hemos señalado en la pantorrilla cerca del hueco poplíteo.

HISTERIA REFLEJA

Por **C. Sobre-Casas**

Interno del Hospital Rawson

Al estudiar las causas que originan las neurosis reflejas y principalmente la histeria, encontramos que los autores no están conformes en la explicacion patogénica de esta enfermedad que, á título de epi-fenómeno, se desarrolla en las afecciones de los órganos genitales de la mujer.

Las diversas teorias que sirven para demostrar el fenómeno no bastan por sí solas, y caen ante un estudio un poco sério porque no explican satisfactoriamente la diversidad de manifestaciones.

Así, pasando una ligera revista, vemos que para los de la escuela de Montpellier, la histeria seria una manifestacion de la diátesis tuberculosa, que desarrolla en el organismo un estado de debilitamiento esencialmente general, siendo la histeria como la tuberculosis, una de tantas manifestaciones de este factor único, tan complejo en sus ulteriores consecuencias. Grasset, asimilándose esta teoria, encuentra muy lógico afirmar, que si existe la histeria en las enfermedades uterinas, es porque estas afecciones producen un debilitamiento general que pone á la mujer en condiciones propias para que actúe como una causa principal en el desarrollo de una neurosis ó de una histeria ; para ellos la histeria es producida por el estado excepcional del sujeto, lo que hace pensar que no sucederia esto, si la mujer no estuviera en condiciones de un aniquilamiento orgánico. La observacion de las enfermas no nos autoriza para creer que tal cosa suceda ; antes por el contrario, hace suponer que no existe esta condicion esencial, por cuanto vemos personas en condiciones excelentes de desarrollo sin una diátesis y sin tiempo para que una miseria fisiológica actúe en el organismo, que la histeria se manifiesta en las que han contraido una enfermedad del útero ó de los anexos.

La escuela anátomo-patológica, desde el tiempo de Broussais, « hace de la histeria una dependencia de las enfermedades del útero »; más tarde, con Négrier y Schutzenberg, de todo el aparato genital, llevando de esta manera á una faz completamente nueva la etiología de esta neurosis. No es para Négrier un resultado de un debilitamiento general, sino más bien uno de tantos síntomas ó manifestaciones de una lesión orgánica, demostrando de este modo la íntima relacion entre una afeccion de los órganos genitales y las neurósis ocasionadas probablemente por los reflejos que parten del órgano enfermo á los centros de inervacion

Emmet y sus discípulos hablando del orígen de los accidentes nerviosos, propios de las que tienen *lacerado* el cuello uterino, creen que es debido al tejido cicatricial que comprime los filetes nerviosos terminales, produciendo esto los fenómenos nerviosos más diversos por más pequeña que sea la cicatriz que se forme. Encuentran en este exámen anátomo-patológico la causa íntima de fenómenos diversos; sin embargo, no es esto en el concepto de Pozzi, una fiel demostracion de lo que pasa en esta resultante de un proceso mórbido, sino « una exageracion de la influencia que tiene esta pequeña lesion » sobre el sistema nervioso central. Nöggerath fué más lejos aún en su refutacion, hasta negar casi lo que afirma Emmet, si bien Brooks H. Wells ha sostenido la teoria de su maestro dejándola en un terreno sólido y estable.

La opinion de Pozzi al respecto explicando la patogénia de estos reflejos establece, que se puede « aquí explicar fácilmente por la riqueza de inervacion de los órganos genitales, que están unidos al gran simpático por el plexo hipogástrico y á la médula, por el nervio pudendo interno »; más aún, cuando existe una relacion anátomo-fisiológica entre los órganos genitales hembras y los centros nerviosos puestos de manifiesto por Flourens, Vulpian y otros, quienes han provocado verdaderos movimientos en el ovario, útero y cuernos, practicando excitaciones en ciertos puntos de la médula y sustancia gris de los hemisferios.

La causa fundamental y única que origina los fenómenos de histeria refleja no se conoce y pasaria por exagerado aquel, que estudiando una causa, le dé toda la importancia y haga subordinar todos los trastornos nerviosos á un solo elemento, que actúe sobre el organismo como un factor determinante; quizá analizando un caso encontrará un antecedente ocasional, pero no se podría por este solo hecho afirmar y generalizar que todos los casos deben estar influenciados por esta causa generatriz.

Las diátesis, las desgarraduras del cuello uterino y la anemia que en muchos casos se encuentra, pueden faltar en las personas que presentan una metritis ó salpingo-ovaritis, y sin embargo tener verdaderos ataques de histeria; sin que por esto neguemos la influencia que tienen en la mujer cuando existen condiciones y obran sobre el organismo produciendo un terreno apto para que una neurosis adquiera un rápido desenvolvimiento.

Las observaciones que expreso ponen de manifiesto la verdad de lo que sostengo.

Observacion I.—Alfonsina P., de 15 años, francesa.

Los antecedentes de esta enferma se encuentran en una publicacion que hice en los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO en el mes de Abril de 1893; limitándome por ahora á apuntar los síntomas que ha sentido en su última entrada.

La enferma extenuada, con casi todos los síntomas de una tuberculósis incipiente, presentaba todo el sindrome uterino, indicándonos una nueva infeccion.

El exámen nos hizo ver que en realidad existia una inflamacion del útero como tambien de las trompas y ovarios; esta inflamacion era propagada de la metritis blenorrágica que la enferma tenia.

A los pocos dias de entrada fué aquejada de ataques de histeria y coincidian con la aparicion de la menstruacion. Gracias al tratamiento adecuado al caso, la enferma se encontró en condiciones de practicársele un raspado el que fué hecho el 20 de Febrero.

Al dia siguiente de la operacion, notamos un ligero tim-

pánismo en el vientre, dolor á la presion, vómitos, y retencion de orina. Al tercer dia, los mismos síntomas se presentaron y un ligero aumento de temperatura, por lo que creimos que una peritonitis se desarrollaba á pesar de la antisepsia que se usó en el raclaje. Se practicó la curacion del caso y con gran sorpresa vimos, al penetrar la sonda intrauterina al conducto del útero, que un acceso de histeria se producia; experimenta la enferma contracciones en los miembros superiores, pérdidas del conocimiento y en seguida un síncope respiratorio, lo que nos obligó á practicar la respiracion artificial. Se administra una inyeccion hipodérmica de 0 01 centígramo de morfina que Lancereaux aconseja en estos casos y se notó luego que la enferma comenzaba á respirar, si bien persistian algunos fenómenos nerviosos. A los pocos dias se encontró completamente mejorada.

Estos síntomas de peritonismo ó peritonitis, nos hacen creer que eran una de tantas manifestaciones histéricas, porque vimos los mismos síntomas, si bien con menos intensidad, en los dias que apareció la menstruacion.

Observacion II.—Ignacia N., de 13 años, argentina, artista de circo en sus primeros años, entra al servicio el 26 de Marzo

Cuando muy chica tuvo el sarampion, y hace un año próximamente se enfermó de difteria y al mes de esta enfermedad tuvo fiebre tifoidea.

La enfermedad actual data de principios del mes de Febrero, época en que ha sentido las primeras manifestaciones de su infeccion blenorrágica. A los quince ó veinte dias de estar enferma experimenta el primer ataque de histeria sin que hubiera ninguna causa determinante, los que siguen con alguna frecuencia hasta el presente.

El exámen de los órganos genitales nos demuestra que éstos han sido infectados de la uretritis existente, produciendo una metritis aguda. El útero acusa una marcada látero-version izquierda.

Los ataques de histeria son muy frecuentes y se inician

por mareos; la enferma procura siempre evitar un golpe. Las contracciones clónicas y tónicas acusan las formas más variadas, desde la simple contraccion hasta el clownismo típico: este estado dura media hora á una hora y se suceden las alucinaciones en que todos los órganos toman parte. La sensibilidad provocada en estos momentos por diversos excitantes, responde al conocimiento de un dolor, el que es manifestado por ella en la forma de un *pinchazo*. Las actitudes pasionales, si bien existen, no son sino transitorias.

Es de hacer notar los trastornos de la sensibilidad de anestésia é hiperestésia que, como no revisten una forma fija y limitada, no las describo.

Observacion III.—Clotilde N., de 24 años, italiana viuda.

Como antecedente hereditario presenta la muerte del padre por hemorragia cerebral (?).

El estado de salud hasta los 16 años ha sido inmejorable, época que tuvo un hijo, de resultas del cual, se encontró enferma con todos los síntomas de una metritis aguda. A los dos años de enferma á consecuencias de un *susto*, tuvo el primer ataque de histeria; estos ataques han continuado hasta el presente con alternativas de aumento y disminucion en frecuencia. Hace dos años fué operada en un hospital, practicándosele un raspado uterino, sin conseguir gran mejoria.

Por el exámen verificado se comprueba la existencia de una metritis crónica y se ve el cuello uterino aumentando de volúmen, en degeneracion esclerosa, y con dos grandes desgarraduras.

La forma de pequeña histeria han revestido los ataques, siendo éstos producidos cuando se la cura ó durante el período menstrual.

Observacion VI.—Maria N., de 21 años, argentina, no presenta ningun antecedente hereditario é individual digno de mencion.

Hace dos años fué contagiada de blenorragia y por los síntomas que la enferma refiere, se cree que el útero fué tambien infectado; al mismo tiempo, nos hace notar la

enferma, que ataques nerviosos muy frecuentes aparecieron, coincidiendo la curacion de éstos, con la desaparicion de todos los síntomas de metritis.

Por una nueva infeccion entra al servicio, presentando los síntomas de una metritis y tan luego como se encontró en condiciones de ser operada, se practicó un raspado, notándose en los dias que trascurrieron, despues de la operacion, verdaderos trastornos en la sensibilidad, si bien no tuvo ningun acceso de histeria.

Por lo que se ve, no basta la existencia de un debilitamiento general (Observacion II) producido por diversas enfermedades, ó una diátesis tuberculosa (Observacion I) para el desarrollo de una histeria refleja, porque hubiéramos asistido seguramente á ver esta neurósis antes que los síntomas de enfermedad á la matriz y anexos se hubieran comprobado. En la observacion I, notamos no solo diátesis sino tuberculosis, y en la II el debilitamiento orgánico en accion, como resultado de varias enfermedades graves contraidas en la época de la pubertad; pero no observamos ningun trastorno nervioso que haga suponer una neurósis, sino cuando los órganos genitales se encontraban enfermos. Las observaciones III y IV ponen de manifiesto que la histeria puede desarrollarse tanto en una que presenta una desgarradura como en otra que no presenta (Observacion IV) la menor traza de debilidad orgánica ó la existencia de una diátesis.

Con lo expuesto podemos decir, que no hay *conditio sine qua non* para la histeria refleja en mujeres que presentan una afeccion á los órganos genitales, pero que si ésta existe, se encontrará en el resultado del estudio anátomo-patológico.

Buenos Aires, 27 de Mayo de 1894.

CASOS POCO FRECUENTES DE INFECCION MALARICA

EN TUCUMAN

Por el **doctor don Julio B. Valdez**

Entresacamos de nuestros apuntes que cuidadosamente hemos recogido durante tres ó cuatro años, aquellos casos que la práctica nos ha demostrado poco frecuentes en este clima.

Bronquitis palúdicas

Los procesos inflamatorios que especialmente se localizan en el hígado y bazo desde las formas mas simples y francas del paludismo, hasta las mas avanzadas, suelen tambien observarse en otros órganos, revelándose mediante signos que reflejan la mas fiel intermitencia, si en caso bajo esta forma se ha presentado la infeccion malárica como en el que nos ocupa.

M. de A., 50 años de edad, casada, constitucion débil, y frecuentemente atacada por el chucho, que se ha presentado generalmente bajo la forma larvada en varias ocasiones que le hemos prestado nuestros servicios profesionales.

En el momento que la examinamos en esta última indisposicion, nos refiere que presenta un dolor supraorbitario del lado izquierdo, conocido vulgarmente con el nombre de *dolor clavo*.

Este dolor contínuo, se exacerba por la mañana, sumergiéndola en un continuo quejido.

Es tambien en esta hora que la tos se vuelve quintosa y fatigosa, y algunos décimos de grado se presentan para retirarse por completo despues de seis horas mas ó menos que dura este período.

Pasado éste, la tos disminuye enormemente, la fiebre desaparece del todo, el ánimo de la enferma se excita, y todo entra en el órden normal, hasta el siguiente dia á igual hora para reproducir análogas perturbaciones.

En la base de los pulmones encontramos como única novedad *rales mucosos*.

El período de tumefaccion habia terminado, produciéndose la hipersecrecion.

Hemos empleado tan solo la quinina, que sensiblemente fué disminuyendo la intensidad del *dolor clavo*, en los que lo acompañaba invariablemente, hasta que todo desapareció despues de ocho dias.

Bronquitis catarral complicada de paludismo cotidiano

Valentin Perez, 3 años de edad, constitucion débil, hacia un mes próximamente que fué atacado por la influenza, de la cual restableció por completo.

Hace diez dias próximamente, encuéntrase con una bronquitis complicada con el paludismo bajo el tipo cotidiano.

Todas las tardes y á hora irregular hay exacerbacion febril, aumento de tos y dispnea. Este malestar muy pronunciado dura diez horas mas ó menos para repetirse del mismo modo al siguiente dia.

Hace tres dias que la fiebre se presenta pura y exclusivamente en la hora del acceso. Aun la tos no se presenta sinó en estos momentos, siendo insignificante en la horas de apirexia.

En los bronquios se notan *rales húmedos*. Ninguna otra modificacion.

Al siguiente dia de enfermarse Valentin, caía su hermanita de quince meses de edad.

No entraré á describir este caso, porque ha recorrido exactamente las mismas fases que el anterior, con la sola diferencia que en éste se hacia la exacerbacion febril á una hora fija (2 p. m.).

Hemos administrado la quinina á dosis masivas siete y seis horas antes de la hora presumible del acceso.

Con este tratamiento desapareció todo malestar.

Dobles cotidianos

Si bien es cierto que estos tipos existen, sin embargo debemos advertir que son sumamente raros.

Lo que sí, jamás hemos tenido oportunidad de examinarlos francos; casi siempre ha faltado alguna de las fases, dominando especialmente el *frio* y *calor*.

M. de D., 30 años de edad, viuda, constitucion débil, ha sentido un pronunciado escalofrio á las 2 a. m. que se ha prolongado hasta las 9 a. m. seguido de una corta fiebre de cuatro horas para quedar apirética á la 1 p. m.

A las 3 p. m. nuevo escalofrio hasta las 8 p. m., seguido de fiebre hasta las 11 p. m.

En este segundo paroxismo se ha presentado tambien la traspiracion.

Como se ve, los escalofrios se han prolongado mas que de costumbre; en cambio, la fase febril ha sido relativamente corta.

—Ceferina Concha, 18 años de edad, constitucion débil, soltera, sirvienta, hace un año que se encuentra en Tucuman. Es santiagueña.

Anteriormente ha tenido chucho.

Hace diez dias que se encuentra nuevamente atacada por el paludismo afectando la forma irregular.

Pero ayer ha tenido dos paroxismos: uno por la mañana y otro por la tarde, con dos períodos, *frio* y *calor*.

—Luisa C. de P., 23 años de edad, casada, constitucion fuerte, italiana, hace diez años que vive en Tucuman. Ha tenido otras veces chucho.

Hace tres dias que á la 1 y 30 p. m. tiene frio, seguido de fiebre, concluyendo el paroxismo á las 7 y 30 p. m.

Á las 9 y 30 p. m. le viene nuevamente un fuerte frio con castañeteo de dientes, seguido de fiebre y abundante traspiracion.

El primer paroxismo, como se ve es débil, no así el segundo, que ofrece todos los caracteres del tipo franco.

Daba de mamar, y tambien el niño enfermó con el chucho á los dos dias de estar la madre.

Pero las mismas larvadas afectan raras veces el tipo doble.

—Ramon Robledo, 25 años de edad, soltero, jornalero de un ingenio. Es catamarqueño y hace dos años que vive en Tucuman. Hace un año que tuvo chucho franco.

Hace cinco dias que se encuentra con el dolor clavo encima del ojo izquierdo, que comienza á las 5 a. m. y desaparece á las 3 p. m. para presentarse nuevamente á las 8 p. m. y concluir á las 12.

Ordinariamente se cree que la primera invasion de la infeccion palustre afecta el tipo cotidiano.

Casi siempre en los que por primera vez han tenido chucho éste se ha presentado bajo el tipo terciano.

Nuestras observaciones á este respecto concuerdan con las de los doctores Mendioroz y Esteves.

—Jesús Rocha, 12 años de edad, constitucion fuerte, es de esta provincia y jamás ha tenido chucho.

Hace dos meses que se encuentra enfermo, afectando desde su principio hasta la actualidad el tipo cuartano.

El paroxismo se inicia á las 11 a. m. con escalofrios, bostezos, pandiculaciones. Dura esta fase media hora, seguida de la fiebre que termina á las 5 p. m.

El bazo é hígado encuéntranse congestionados, el segundo doloroso á la presion.

—Eugenio Bry, francés, 22 años de edad. Hace cinco años que vino de Europa; jamás ha tenido chucho. Se encuentra con el tipo terciano.

Siente primeramente el frio que le dura mas ó menos tres horas, seguido de fuerte fiebre y abundante traspiracion. Durante el paroxismo tan solo se queja de cefalalgia y dolor de cintura.

—Diego Garcia, 4 meses de edad, constitucion fuerte. Nunca ha estado enfermo. Hace algunos dias que se encuentra con el chucho afectando el tipo terciano.

El paroxismo se presenta á las 7 a. m. y recorre las tres fases que le son características.

El frio dura tres horas seguido de fiebre, que próxima-

mente dura de siete á ocho horas y terminando todo por una abundante sudacion.

—Alcira Figueroa, 4 meses de edad, vive en Famaillá, en un ingenio; jamás ha tenido chucho.

Hace doce dias que se encuentra con el tipo terciano. El paroxismo se presenta por la mañana y recorre sus fases caracteristicas.

—Cirilo Almiron, 18 años de edad, constitucion débil, soltero, agricultor; nunca ha tenido chucho.

Hace dos meses que se encuentra con el tipo terciano habiendo degenerado desde hace quince dias en cuartano.

El acceso se ha presentado muy irregularmente, pero en estos últimos dias por la noche.

Mucho frio, seguido de fiebre y abundante hiperhidrosis.

Hígado y bazo congestionados.

Intermitente coleriforme

Virginia N., 60 años de edad, constitucion débil, española; hace un año que vive en Tucuman.

Lo primero que siente es el hielo á los piés y que asciende por todo el cuerpo. Acto contínuo, comienza un prurito desde los piés que se irradia á todo el cuerpo con una extraordinaria intensidad.

Cuando este fenómeno ha llegado á su máximum, comienzan atroces dolores localizados en el ombligo; es en estos momentos que empiezan la fiebre, vómitos y diarrea. Todo desaparece en un término medio de veinte horas.

La enferma desde mucho tiempo atrás sentia estos dolores al vientre, algunas veces espontáneamente.

Vemos que el paludismo ataca aquellos puntos débiles del organismo, complicándose con los síntomas de la afeccion antigua el conjunto sintomático del acceso malárico.

Así vemos al que sufre del estómago, que el malestar de este órgano se pronuncia excesivamente durante el paroxismo.

El reumático siente agudísimos dolores en las articulaciones.

El cardíaco manifiesta exagerada dispnea.

En fin, por los síntomas y signos presentados durante el acceso de fiebre del chucho, se puede entrever algun padecimiento crónico.

El caso que hemos narrado es sumamente grave, muchísimo más en una señora de constitucion débil y que prescinde de la carne desde hace varios años.

Pero en cambio le ayuda la intermitencia en cuyo tiempo el organismo recupera en gran parte los desgastes producidos.

Con la quinina pudo restablecerse; pero como los accesos tendian á repetirse, aconsejamos cambio de clima.

Cotidiana disentérica

Telésforo G., 24 años de edad, constitucion fuerte, alcoholista, se encuentra con el chucho desde hace tres dias.

El acceso se presenta por las tardes, y al mismo tiempo una disenteria que dura tanto tiempo como aquel.

Concluido el paroxismo, las deposiciones son normales.

Forma perniciosa del paludismo

N. N., 40 años de edad, constitucion débil, temperamento linfático. Ha tenido chucho otras veces.

Hace nueve dias que se encuentra con el chucho cotidiano, los vómitos aumentan durante el acceso, pero no desaparecen en el resto del dia, manteniéndose siempre cierto estado nauseoso. A más de los vómitos tiene diarrea.

Por fin, vómitos y diarrea se han vuelto contínuos y frecuentes á punto de no poder tolerar nada el estómago.

Despues de cuatro dias en este estado, las deposiciones comienzan á producirse con un poco de sangre.

El aspecto de la enferma era el de una colérica en su período álgido.

La cara, piés y manos completamente frios, ansiedad res-

piratoria, pulso filiforme é intermitente. No puede ingerir ningun alimento sin ser arrojado inmediatamente.

Siendo la alimentacion absolutamente imposible por la via gástrica, tuvimos que recurrir á lavativas nutritivas compuestas de caldo y vino.

Habiendo reaccionado algo, recurrimos al arsénico bajo la forma de licor de Fowler.

Con este método la reaccion se acentuaba sensiblemente, la diarrea desapareció, tambien el estado nauseoso; y las fuerzas, levantándose gradualmente, permitieron otra clase de alimentos que concluyó por restablecerla.

En todos los casos vamos observando lo que ya hemos repetido otra veces: el paludismo despierto, pone de relieve en el acceso, ciertos síntomas y signos de afecciones crónicas.

He aquí otro caso que viene á complementar los anteriores y á ratificar nuestro asertos:

Teresa Sanchez, 60 años, constitucion fuerte, española, casada; hace ocho años que vive en Tucuman.

Hace tres años que tuvo chucho durante catorce meses.

Siempre sufria de calambres generalizados en todo el cuerpo.

Hace algunos dias que se encuentra con el chucho cotidiano.

La fiebre se presenta á las 3 p. m. precedida ó no de escalofrios y dura hasta las 3 a. m.

Los calambres aumentan notablemente mientras se encuentra impresionada por el paroxismo, y es lo que más mortifica á la enferma.

Intermitente cotidiana con exacerbacion en el tercer dia

N. N., 35 años de edad, francés; hace varios dias que está con el chucho.

Despues de dos paroxismos atenuados, el tercer dia exacérbanse las fases para atenuarse los dos dias siguientes. Acusa dolores en todo el cuerpo.

Cotidiano con acceso subintrante

Luisa N. de C., 18 años de edad, casada, constitucion fuerte; ha tenido chucho varias veces.

Hace dos dias que se encuentra con el cotidiano.

El acceso se inicia con escalofrios que duraron desde las 4 p.m. hasta las 8 p. m. y desde esta hora hasta las 12 p. m. siguió con fuerte fiebre; en este momento nuevo escalofrio que se prolongó hasta la 1 a. m., sin interrumpirse en este nuevo período la fiebre que terminó á las 8 a. m.

Roseola

J. M. M., 28 años de edad, casado, constitucion fuerte, temperamento sanguíneo; hace cuatro años que reside en Tucuman ocupado en una casa de negocio.

Ha tenido otras veces el chucho. Hace tres dias que se encuentra con el tipc cotidiano.

El frio le dura próximamente una hora, seguido de la fase febril en que le aparece una erupcion de *roseola* en todo el cuerpo, pero especialmente, y muy confluente, en el pecho y vientre.

Esta erupcion desaparece con la fiebre para presentarse al dia siguiente del mismo modo y durante el mismo período.

Todo desapareció mediante el tratamiento específico.

Anemia palúdica

Maria Rodriguez, 38 años de edad, argentina, viuda, lavandera; la única enfermedad anterior ha sido el chucho.

Hace mes y medio que nuevamente se encuentra con el paludismo, que ha concluido por alterar todas sus funciones.

Los paroxismos se presentan muy irregularmente. Hay durante éstos, pérdida completa del conocimiento.

Ha habido hematemesis y actualmente hemóptisis, un estado nauseoso permanente y vómitos alimenticios con no poca frecuencia.

Pulso débil. Bazo muy cogestionado y doloroso á la presion. Hígado débilmente congestionado y sin dolor.

Hay frecuentes palpitaciones y presenta soplos sistólicos en la base del corazon.

Antes de concluir, debemos observar que las alteraciones del hígado y bazo no son constantes.

Si bien es cierto que en la inmensa mayoría de los casos, estos dos órganos reflejan la infeccion malárica, tambien debemos manifestar que en algunas ocasiones é interrogados prolijamente, no se revela ni la mas insignificante congestion, ni el mas pequeño dolor.

Monteros (Provincia de Tucuman), Junio de 1894.

LA CIRUGÍA CONSERVADORA

EN LA CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL RAWSON

Por el Dr. Carmelo D. Calderon

Jefe de Clínica quirúrgica

Diré, parodiando á un célebre cirujano, que la cirugía general actual, tiene que ser eminentemente conservadora, para contrarrestar, con barreras inespugnables, el contagio de la ginecología operatoria, que á pasos gigantescos se ha transformado en mutiladora, dejando estériles á multitud de mujeres en pleno goce de sus facultades gestatrices; extirpándoles sus órganos procreadores, muchas veces por complacencia, sin que ellos presenten alteraciones patológicas perceptibles.

Si algun profano llegara á leer este artículo, se sorprenderia de su epígrafe, porque está tan hondamente arraigado en ellos, la idea de que en los hospitales «no se hace más que

cortar», que se resisten hasta los últimos momentos para ingresar. Esperan muchas veces que los invada la necrosis, y solo piden acceso á estos establecimientos, con el objeto y en la seguridad de que inmediatamente serán operados; pero la operacion se lleva á cabo muy pocas veces, poniendo en práctica rigurosamente la asepsia y la antisepsia, observando como corolario la expectacion.

El Dr. Llobet es ardiente defensor de este procedimiento y no interviene mas que en casos sumamente extraordinarios, de suerte que los libros de su clínica quirúrgica del Hospital Rawson registran rarísimas amputaciones.

Voy á describir á grandes rasgos, sin entrar en detalles, cuatro casos que he elegido como los más interesantes, de los numerosos que hemos tenido en este servicio.

1º. — R. P., de 30 años de edad, argentino. Antecedentes hereditarios é individuales: escrofuloso. Entró al Hospital Rawson el 29 de Mayo á ocupar la cama 12 de la sala XI, con su pierna izquierda en el estado más lastimoso, afectada de tuberculosis de la piel. Empezando al nivel de los maleolos, se continuaba en todo el miembro, para terminar en el tercio medio del muslo.

Grandes ulceraciones surcaban toda esta vasta zona, y al través de su centro se destacaban porciones de tibia, puestas al descubierto por la destruccion de tejidos, hecha por el bacilo de Koch. Abundante pus de carácter sanioso y fétido manaba de todas ellas; ulceraciones con sus bordes cortados á pico, y con su coloracion atónica violácea característica, demostraban palpablemente su génesis tuberculosa.

La articulacion de la rodilla estaba deformada; la anquilosis existente la habia reducido á la pierna con el muslo en flexion tan acentuada, que casi llegaba á formar un ángulo recto; al mismo tiempo estaba en valgus. No habia movimiento alguno en la articulacion. Todo el hueco poplíteo estaba ocupado por fístulas de largo y sinuoso trayecto, cuya extremidad anterior iba hasta la articulacion, lo que se constataba por sondajes con el estilete.

Entra en este lamentable estado despues de padecer horriblemente, durante dos años, gastando todo cuanto poseia, y recien cuando aunó su miseria fisiológica á la pecuniaria, se decidió á ingresar al Hospital á que le cortaran, porque segun

él mismo manifestaba, queria deshacerse de su inútil miembro, que no le causaba más que tormentos y estorbo.

Inmediatamente se pone en práctica el tratamiento antiséptico mas riguroso, haciéndole grandes lavages dos veces al dia con bicloruro de mercurio al uno por mil, seguidos de aplicacion de iodoformo, cloruro de zinc, naftalina y nitrato de plata; estos tópicos alternando.

Con estas curaciones se alternaba la de cataplasmas antisépticas que se le aplicaban durante seis dias, de hidrato de cloral al uno por ciento (frias), renovadas dos veces al dia durante tres dias, ácido bórico (calientes), al cuatro por ciento, renovadas varias veces al dia, tambien durante tres dias.

Con este tratamiento alternado, en seis dias las curaciones al bicloruro y los diversos tópicos y seis dias con cataplasmas antisépticas y administrándole interiormente grandes dósis de creosota con glicerina, desde los primeros dias se observó, tanto en el estado general como en el local, una notable mejoria; las ulceraciones se fueron ocluyendo con rapidez, cesó la supuracion, la articulacion de la rodilla fué paulatinamente tomando movimiento de flexion y de extension; son hoy éstos casi fisiologicos, habiendo desaparecido por completo su antigua anquilosis.

Este enfermo se halla actualmente en un estado general envidiable; se levanta y puede caminar, aunque todavia con alguna dificultad y dentro de muy pocos dias abandonará el Hospital, completamente curado.

2º.—P. A., español, de 27 años. Antecedentes hereditarios, buenos; individuales, alcoholista.

Ingresó al Rawson el 12 de Marzo á ocupar la cama 15 de la sala X, con fractura conminuta y expuesta de la tibia y peroné, en su tercio inferior, ocupando esta fractura una extension de 6 c. m. próximamente, con varias esquirlas. Habia permanecido en su casa varios dias, despues del traumatismo, por temor de entrar al Hospital, y recien cuando se vió con su pierna invadida por la gangrena, se resignó á ingresar. Presentaba todo el miembro inferior, hasta cuatro traveses de dedo por encima de la rodilla, el cuadro completo de la gangrena gaseosa fulminante.

Acto contínuo, se le hacen vastas y profundas incisiones alrededor del miembro, por las que salen abundantes gases y un líquido pestífero; se extraen las esquirlas sueltas que

habia, y se instituye el tratamiento siguiente: tres grandes baños diarios de toda la porcion gangrenada de deutocloruro de mercurio al uno por mil y á una temperatura de 40º, durando una hora cada baño; lavage en seguida de cada baño, con dos grandes irrigadores de la misma solucion (fria) y como tópico, abundante cantidad de una mezcla de los polvos siguientes: carbon, quina, alcanfor y ácido bórico. Internamente se le administra mucho vino de quina y coñac.

La fiebre de 40.5 que tenia el dia de su entrada, bajó á 37.6 á los dos dias, y la necrosis cesó en su marcha invasora, desde los primeros baños antisépticos.

A los ocho dias se le introducen dos grandes tubos de drenage, los que penetrando al través de las incisiones anteriormente hechas, hacian el lavage en todo el interior de la pierna.

A los quince dias se suspenden los baños, se le retiran los tubos y se le aplican por quince dias cataplasmas antisépticas, lavándola extensamente todas las mañanas con bicloruro al dos por mil.

Al mes se interviene. Se anestesia con éter. Prévia hemostasia con la banda de Esmarch, se ensanchan las incisiones primitivas situadas á cada lado, interno y externo de la pierna; se hace la reseccion subperióstica, de todo el maleolo interno, que estaba necrosado y del maleolo externo inclusive unos 6 c. m. del peroné, que tambien estaba gangrenado.

Se hace un prolijo raclage de todas las superficies piogénicas, y despues de ligar las articulaciones que dan sangre, se hace un fuerte taponamiento con gasa iodoformada, con el objeto de cohibir la abundante hemorragia en napa y para que ulteriormente cure toda la pérdida de sustancia de adentro afuera.

Se sigue curándolo diariamente con bicloruro, y al mismo tiempo retirándole poco á poco el taponamiento de gasa, á medida que se hace la nueva formacion de tejidos, los que crecen con velocidad sorprendente. Hace pocos dias que han cicatrizado por completo todas las heridas; el periostio que se conservó durante la operacion ha regenerado el hueso en gran cantidad. El enfermo tiene movimientos de flexion y de extension del pié, muy limitados todavia, pero suficientes para permitirle caminar con muletas, siéndole cada dia más fácil la marcha.

Dentro de breves dias abandonará el servicio de cirugía del doctor Llobet este individuo con su miembro sano, aquel que al parecer, el dia de su entrada, imponia la amputacion del muslo como único recurso de salvarle la vida.

Es un notable ejemplar digno de figurar en los anales de la cirugía conservadora.

3º.—J. B., argentino, 10 años, antecedentes buenos. Entró al Rawson á ocupar la cama 1ª de la sala XI, el dia 29 de Marzo, con fractura conminuta y expuesta, á consecuencias del traumatismo producido por la rueda de un vehículo, al nivel de la parte media del húmero derecho; muchos dias despues del accidente, cuando la familia vió que tenia gangrenado el brazo, resolvieron trasladarlo al Hospital, al que se presentó con todo el brazo necrosado.

La extremidad superior á la inferior del brazo estaba unida por un estrecho y delgado puente músculo-cutáneo, adonde elizmente estaba incluida la arteria humeral. Otro delgado puente análogo existia en la parte póstero-externa. El resto del brazo estaba completamente destrozado; las puntas del húmero de las extremidades superior é inferior, acabalgaban y salian al exterior, arrastrando todas las partes blandas que encontraron á su paso.

Despues de extraer todas las esquirlas sueltas que habia, se instituye acto contínuo, el siguiente tratamiento: tres grandes baños calientes de bicloruro al uno por mil, severamente seguidos de los polvos absolvente-antisépticos.

En seguida de cada baño, una vez coaptadas las dos extremidades óseas, se hace la extension del antebrazo con tres kilos, con el objeto de evitar el acabalgamiento.

Pronto descendió la temperatura que tenia el niño y se desprendieron todas las partes esfaceladas, pérdidas que con gran actividad fueron reemplazadas por tejidos nuevos y de buena naturaleza.

A los ocho dias se suspenden los baños, reemplazándolos por quince dias con cataplasmas antisépticas, al cabo de los cuales se retiró la extension por haberse soldado los dos fragmentos óseos por un callo firme y resistente.

En vista de la gran pérdida de sustancia de la piel, al nivel del traumatismo, y no habiendo ya nada de supuracion, se le hacen ingertos dermo-epidérmicos, método Thiersch, los que cubren rápidamente toda la superficie cruenta.

Al mes y medio de su entrada al hospital, ha salido de alta con su brazo igual al que tenia antes del traumatismo, sin acortamiento alguno y con sus ámplios movimientos y fuerzas fisiológicas.

4º.—J. M., italiano, 56 años, maquinista, antecedentes: alcoholista. Hace algunos dias, manejando una máquina, en un descuido, fué presa su mano derecha por el engranaje de dos ruedas.

Como es consiguiente, fué reducida casi en totalidad su mano á una papilla informe. Se presentó con la mano aplastada, habiendo aumentado considerablemente su diámatro transverso. Existian fracturas múltiples de los cuatro últimos metacarpianos, de varias falanges, y supuracion casi completa del pulgar.

Acto contínuo, se le sometió á repetidos y prolongados baños calientes antisépticos y como tópico los polvos para gangrena.

Desde el segundo dia empiezan á eliminarse grandes zonas de tejidos necrosados; á los ocho dias el desprendimiento ha terminado.

Los huesos fracturados, casi todos han consolidado; las uñas se han caído. La superficie cruenta presenta un color rojo intenso.

Con el fin de acelerar la reproduccion de tejidos nuevos, se sustituye á la medicacion anterior, las cataplasmas antisépticas.

Actualmente, aunque el paciente no se encuentra del todo curado, ha salvado su mano, la que ya goza por completo de sus movimientos normales.

Buenos Aires, Julio 1º de 1894.

BIBLIOGRAFIA

Actas y detalles del Primer Congreso Médico Farmacéutico regional, celebrado en Valencia del 26 al 31 de Julio de 1891. — Un volúmen de 700 páginas en 4º. Valencia, 1894.

Un poco atrasadas por incidentes que explica el secretario Dr. Barbera, hemos recibido las actas de dicho Congreso, pero

como en ciencia nada pasa si tiene verdadero valor intrínseco, vamos á trazar siquiera á grandes rasgos nuestra impresion, despues de examinar los diversos tópicos que se han tratado en dicha asamblea científica.

Nada mas laudable y meritorio para España, que observar un gran movimiento científico que crece cada dia y cuya manifestacion ostensible es la sucesion de congresos médicos, lo interesante de las discusiones que surjen en sus academias, y los trabajos de alta clínica que empiezan á tomar carta de naturaleza allí, donde segun las opiniones de su cuerpo médico, la lucha contra la rutina y la vieja escuela, asume las proporciones de una lucha titánica.

El camino del reformista es árido, escueto, lleno de espinas y amarguras; y es esa la razon y ese el por qué, los campeones de las reformas, necesitan condiciones tales, que les permitan en un momento dado afrontar cualquier situacion y llegar hasta el sacrificio.

No es por cierto el médico, el menos apto para acometer empresas de ese vuelo. Esclavo de la humanidad desde que el diploma realiza el sueño dorado de la juventud; presente siempre y testigo de esas batallas rudas que surjen en lo íntimo del sér desde los primeros momentos de su evolucion, hasta el postrimer instante de su decadencia; avezado al sufrimiento y en perpétua lucha con cuantos elementos tienden á analizar el organismo, trabaja con ardor, escudriña con avidez desde la funcion mas elemental de la célula al complexus funcional mas intrincado, discurre sobre el determinismo y se eleva á la causa del fenómeno; y esta contraccion y este modo de investigar y ese anhelo de descubrir y ese hábito de llegar hasta la verdad, no puede menos de dar por resultado al pasar de los años, un temple de espíritu, una rectitud de juicio y una precision de criterio, capaz de acometer cualquier reforma, por escollos que haya que vencer y abismos que franquear.

La medicina española ha entrado francamente en el período de evolucion moderna cuya característica es la experimentacion y cuyo corolario consiste en edificar la teoría sobre el hecho comprobado, en vez de torturar éste para hacerlo encuadrar en una teoría preestablecida.

Las actas del *Primer Congreso Valenciano*, prueban bien que esto es así, ya que atestiguan una cantidad prodigiosa de labor

y constancia, de contraccion y estudio, en los colegas que han tomado parte en él.

El análisis detallado de los tópicos que allí se trataron, y el juicio crítico á propósito de las tésis y opiniones que se han emitido, fuera tarea que no encuadra en unos apuntes bibliográficos á vuela pluma.

Basta citar las interesantes comunicaciones de los doctores Gimeno, Ramero y Cajal y Bolinches, sobre *un caso de siringomielia con anestesia tactil; la significacion fisiológica de las expansiones protoplasmáticas y nerviosas de las células de la sustancia gris y el tratamiento de la angina diftérica* que respectivamente han presentado dichos colegas, y muchos otros trabajos imposibles de enumerar por su cantidad.

El Profesor Villanueva (de Madrid) en su carácter de eminente paleontólogo, aborda el punto de la proto-historia del reino Valenciano, y el Profesor Letamendi, decano de dicha Facultad, figura tambien con una nota al Congreso, en la que abunda la filosofia, el humorismo, la historia y en fin todo cuanto dá de sí un intelecto vivaz y fecundo, en el que la medicina y la música, la filosofia y la pintura, el álgebra y la química, se agitan y brotan según la situacion y se suceden á veces con una rapidez pasmosa.

Los colegas valencianos han aumentado con sus discusiones nuestro caudal de conocimientos, y contribuyen á estimular con su ejemplo al cuerpo médico español, que al salir de su estado pasivo bis á bis del movimiento científico moderno, está llamado á ocupar un puesto espectable y brillante, en la medicina europea.

Nosotros hacemos sinceros votos por que ese momento no se haga esperar, ya que á mas de colegas nos unen á ellos vínculos tales, que obligan á tomar como nuestros sus triunfos, como sus adversidades.

Buenos Aires, Junio 30 de 1894.

A. PEREZ IGLESIAS.

El tratamiento del pedúnculo en la histero-miomectomía—Por el profesor Luis Mangiagalli.—Milano, 1894.

Cuestion de difícil solucion en el dia, como lo demuestra la inmensa literatura publicada al respecto; la division au-

menta en el campo de los ginecólogos por las numerosas modificaciones de cada método y por la introduccion de nuevos métodos más radicales.

Así entra en materia el profesor Mangiagalli, haciendo constar en seguida que esta gran variedad de métodos y la variedad aun mayor de procedimientos que cada método comprende, tiene su orígen en la preocupacion constante del pedúnculo. Toda la historia de la miomectomía revela el contínuo esfuerzo hácia la investigacion de expedientes que quiten al pedínculo su influencia maléfica en el pronóstico de la operacion.

Agrega que el título del tema presentado al Congreso, el título y contenido de numerosas publicaciones, las discusiones académicas y de sociedades, todo denota la conviccion en sus autores, que del modo de tratar el pedúnculo depende la mayor ó menor mortalidad de la operacion. Que cuando más aumenta su experiencia en esta operacion, más se convence de que esa importancia del pedúnculo ha sido exagerada á expensas de otros factores, pronósticos que injustamente han sido relegados á segunda línea.

Despues de derrollar el tema y examinar detenidamente todas las estadísticas que al respecto se relacionan, incluso una propia que se extiende á 80 operaciones, llega á estas conclusiones:

1ª. Las estadísticas complejas (formadas por la union de estadísticas de varios operadores) no pueden conducir á resultados dignos de atencion por la heterogeneidad de los materiales que las constituyen, como por las causas de errores que resaltan de la aglomeracion del trabajo de operadores que solo *cuentan con casos aislados*, con el de operadores de vasta experiencia

2ª. Las estadísticas individuales tienen gran valor, pero pecan por insuficiencia de análisis de los casos.

3ª. El estudio de las estadísticas demuestra que la mortalidad ha disminuido progresivamente en todos los métodos y procedimientos, cada uno de los cuales cuenta en su favor con estadísticas soberbias.

4ª. La importancia del tratamiento del pedúnculo en el pronóstico de la histero-miomectomía, ha sido exagerada.

5ª. Otras condiciones generales y locales merecen preferente atencion. Entre las últimas prima el desarrollo infrali-

gamentario que agrava el pronóstico, y lo agrava tanto más, cuanto mayor sea el desarrollo del tumor.

6ª. Al considerar el resultado obtenido por todos los métodos, es necesario considerar aisladamente los fibromas á desarrollo infraligamentario, de los fibromas de otras variedades (sub-serosos, sub-mucosos, intersticiales). En este segundo grupo la mortalidad puede considerarse como representada por un 5 %, sea con el método extra-abdominal ó con el endo-abdominal, pudiendo presumirse que difícilmente el pronóstico podrá mejorarse ulteriormente con la extirpacion total abdominal ó abdomo-vaginal.

7ª. El método externo debe ceder el campo, salvo algunas excepciones que la clínica determina, al método endo-peritoneal, habiéndose demostrado cómo con este método se puede obtener un por ciento igual en mortalidad, evitándose con él los inconvenientes del método extra-peritoneal. (Eventracion, más largo tratamiento post-operatorio).

8ª. El método de Zweifel, por lo simple y expedito merece por regla general la preferencia. El autor hace alguna reserva acerca del uso del lazo elástico en sustitucion á la ligadura con seda, *cuando el lazo elástico fuese cubierto con colgajos peritoneales.*

9ª. Los fibromas á desarrollo infraligamentario presentan todavia una mortalidad elevada, y para ellos está aún de pié la discusion de la preferencia de *método.* En esta variedad, tal vez la extirpacion total por la via abdominal pueda encontrar vasta y útil aplicacion.

10. La histerectomía vaginal aplicada á los fibromas debe considerarse como una preciosa conquista del arte, y mediante la forcipresura y el despedazamiento (*morcéllement*) sus límites se dilatan; pero no siendo una operacion de carácter *universal* (que puede aplicarse á todos los fibromas) no puede ser confrontada con los métodos en cuestion. Puede sustituir útilmente á la castracion en los casos en que ésta esté indicada y ser por regla general aplicada con éxito en los casos en que el útero no pase los límites de un útero grávido en el cuarto mes.

Buenos Aires, Junio de 1894.

DR. MASI.

Ovariotomía durante el embarazo y despues del parto — Por el profesor Luis Mangiagalli.—Milano, 1894.

¿En qué época debe practicarse la ovariotomía cuando hay embarazo?

Numerosos trabajos demuestran los peligros de la expectacion y los resultados poco halagüeños, sea de la puncion del quiste durante el parto, sea de la interrupcion de ésta. Ejemplos: Remy reune una estadística en que con la expectacion se obtuvo una mortalidad materna de 23 % y una fetal de 39 %; con la puncion 5 muertes en 59 mujeres, en las que se practicaron 95 punciones; con la interrupcion del embarazo 3 muertes en 11 mujeres y 5 muertes de fetos. Con resultados tan desastrosos, la *ovariotomía* hecha durante el embarazo debia forzosamente ganar el favor de los ginecólogos.

Examinando estadísticas recientes demuestra además, que el pronóstico para madre y feto es tanto mas favorable cuanta mas precoz sea la operacion. Ésta debe practicarse en los últimos dias del embarazo cuando no se haya tenido la oportunidad de hacerlo antes.

Entre 150 ovariotomías practicadas por el autor, hay 5 durante el embarazo y 11 post-parto. En las 5 durante el embarazo hubo cuatro curaciones sin interrupcion del embarazo (practicadas en el 4º, 6º, 5º y 3er mes) y una muerte por supuracion y ruptura de un quiste en el peritoneo.

En las 11 ovariotomías practicadas despues del parto hubo los siguientes accidentes:

2 torciones del pedúnculo y peritonitis.
2 torciones del pedúnculo y supuracion.
5 supuraciones del quiste.
1 ruptura del quiste y peritonitis.
1 hemorragia endoquística.

De estas 11 murieron 2.

Como se vé, estos accidentes imponentes en la evolucion del quiste solo pueden atribuirse al parto y puerperio.

El profesor, despues de estos análisis, sienta que:

La indicacion de la ovariotomía en el curso del embarazo y, si fuese posible, durante los cinco primeros meses, está hoy plenamente confirmada. No solamente promete en semejantes casos un pronóstico favorable para la madre y el feto, sino que adquiere un verdadero valor profiláctico, evitando la fácil explosion de una série de complicaciones y acciden-

tes formidables en el término del embarazo, durante el parto ó despues de él.

Buenos Aires, Junio 8 de 1894.

DR. MASI

Tratamiento de las complicaciones de la tuberculosis laringo-pulmonar—por Antonio Espina y Capo—Madrid, 1894.

El Dr. Espina y Capo acaba de publicar un buen trabajo de terapéutica clínica sobre el tratamiento de las complicaciones de la tuberculosis pulmonar.

Con el propósito de establecer su criterio nosográfico de esta afeccion, estudia en sus dos primeros capítulos las formas clínicas de la tuberculosis, y sus temibles complicaciones: la hemoptisis y el catarro sofocante, extendiéndose en largas consideraciones clínicas sobre las diversas modalidades que suelen presentar en los enfermos, para discutir las indicaciones de su tratamiento. Estudia en seguida la medicacion estiptica vomitiva, tónica y los medios físicos, para concluir por rechazar la intervencion quirúrgica en toda enfermedad pulmonar de esta naturaleza. Acepta la revulsion enérgica y rápida con cauterio, en las manifestaciones bien circunscritas y mejor la bondad de la sangria.

Pasa despues á la importante cuestion de climatoterapia en los tuberculosos hemoptóicos, donde se muestra muy observador y práctico.

En la forma catarral, despues de un ligero estudio de anatomia y fisiologia patológica entra á considerar las medicaciones para su tratamiento, que divide en tratamiento de la tos y de la disnea.

Los capítulos sobre pulmonia y pleuresia tuberculosa, son interesantes é indican un buen observador y un discreto terapeuta; pero lo que ofrece mayor novedad es sin duda alguna el estudio de las dispepsias y en general las manifestaciones gastro-intestinales de la tuberculosis.

Estudia ligeramente la tuberculosis en la mujer y en el niño para terminar con algunas consideraciones sobre climatologia y profilaxis.

La obra del Dr. Espina y Capo es interesante por muchos

conceptos, hay novedad en ella, discreto entusiasmo y abundancia de conocimientos médicos, que revelan en el autor un distinguido clínico al corriente de los progresos de las ciencias á que se dedica.

Buenos Aires, Junio de 1894.

CONCURSO NACIONAL DE MEDICINA PARA 1896

REGLAMENTO

El Círculo Médico Argentino, resuelve:

Artículo 1º. Celebrar en 1896, un Concurso Nacional de Medicina, de acuerdo con las siguientes bases:

(*a*) Los temas del concurso serán libres y podrán presentarse trabajos de personas que residan en cualquier punto de la Argentina; entendiéndose que son trabajos de concurso: memorias inéditas sobre medicina, piezas anatómicas, preparaciones histológicas, anátomopatológicas, plásticas, instrumentos, aparatos, etc., que no hayan sido entregados al público antes de la fecha del concurso.

(*b*) Los trabajos serán dirigidos al Presidente del Círculo Médico Argentino; entregados en secretaria antes del 10 de Abril de 1896, sin que por ningún dato ni referencia pueda deducirse los nombres de sus autores.

(*e*) Cada trabajo vendrá embalado y en su rótulo tendrá el nombre de la seccion del concurso á que por su naturaleza corresponda. En sobre cerrado y lacrado constará el nombre y domicilio del autor. Este sobre tendrá la misma leyenda que el trabajo á que se refiere, y será conservado por la Comision Directiva para ser abierto despues de pronunciado el jury, siempre que corresponda á algun trabajo premiado.

(*d*) Cada aparato, pieza anatómica, preparacion histológica, anátomo-patológica, plástica, instrumento, será acompañado de una memoria descriptiva.

(*e*) Todo trabajo premiado es propiedad de la Asociacion (1). Queda establecido que el Círculo Médico

(1) Se refiere al original.

ARGENTINO no costea publicacion de memorias ni confeccion de instrumentos premiados.

(*f*) Los trabajos no premiados serán devueltos á sus autores.

Art. 2º. El jury se compondrá de nueve personas de reconocida competencia en las ciencias médicas, y será nombrado por la asamblea de entre una lista de veinticinco, propuestos por la Comision Directiva, y en él actuarán como secretarios dos miembros de la Sociedad nombrados por la asamblea.

Art. 3º. De la misma lista de veintinco personas, la asamblea nombrará seis sustitutos, los cuales podrán ser llamados por los titulares cuando éstos se crean insuficientes en número para resolver el mérito de los trabajos presentados.

Art. 4º. Para facilitar la distribucion y estudios de los trabajos del concurso, se establecen las siguientes divisiones, á cada una de la cuales corresponde los premios que se expresan:

Anatomia patológica, histologia, piezas histológicas, sifilografia, dermatologia.—Premio del señor Gobernador de la Provincia de Córdoba, acordado por decreto de Julio 6 de 1893 (consistente en una medalla de oro); medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Patologia interna, clínica médica, enfermedades de niños.—Premio Etchepareborda (consistente en la coleccion de cien tomos del Diccionario de Dechambre); medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Ginecologia y Obstetricia—Medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Patologia externa, clínica quirúrgica, medicina operatoria instrumentos, aparatos.—Medalla de oro; medalla de plata, medalla de cobre; diploma.

Medicina legal, toxicologia, terapéutica y química aplicada á la medicina.—Premios: Medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Higiene, demografia, epidemiologia, geografia médica.—Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Enfermedades nerviosas y mentales, historia de la medicina.—Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Anatomia, fisiologia, preparaciones anatómicas.—Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Oftalmologia, laringologia, rinologia, otologia, odontologia.

Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Ciencias auxiliares de la medicina. Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Art. 5º. Si los trabajos de algunas secciones no merecieran los premios asignados, éstos podrán ser adjudicados por el jury á trabajos de otras secciones; y si en algunas de éstas no bastaran los premios que se establecen por ser muchos los trabajos que á ellas se hubieran presentado, el jury podrá aumentar su número y lo hará constar así en su veredicto.

Art. 6º. El premio acordado por el Gobierno de la República, por decreto de fecha Julio 12 de 1893, será adjudicado al trabajo que á juicio del jury sobresalga de una manera notable entre todos los presentados al concurso.

Art. 7º. El veredicto será presentado á la C. D. del Círculo Médico Argentino el 1º de Junio de 1896, firmado por todos los miembros del jury, y especificando por cada seccion del concurso, cuáles son los trabajos premiados y la categoria de los premios acordados.

Art. 8º. La C. D. en presencia de este veredicto procederá á abrir los sobres que correspondan á los trabajos premiados, comunicará su resultado á los gobiernos y demás personas que hubieran acordado premios y fijará dia para su distribucion en acto público.

Art. 9º. Todas las medallas irán acompañadas de diplomas con la firma de los miembros y secretarios del jury, presidente y secretario de la Sociedad.

Estas medallas llevarán las siguientes inscripciones: En el anverso: «Círculo Médico Argentino», y en el reverso: «Concurso Nacional de Medicina, 1896». Tendrá como peso efectivo media onza.

Art. 10. Solicítese de la prensa de la República la insercion de este reglamento; circúlese á todos los médicos, hombres de ciencia y estudiantes de medicina de Buenos Aires y provincias.

Buenos Aires, Marzo 15 de 1894.

Alejandro E. Amoretti
Manuel A Zavaleta
Domingo M. Cremona
Secretarios.

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

Obras entradas en los meses de Abril y Mayo de 1894 :

POR COMPRA

De Maurans.—Compendium moderne de médecine pratique, 1 tomo, 1894.

Dreyfus-Brissac.—Thérapeutique du diabète sucré, 1 tomo, 1894.

Burlureaux.—Traitement de la tuberculose par la créosote, 1 tomo, 1894.

Kelsch.—Traité des maladies épidémiques, 1er tomo, 1894.

Nogué R.—Formulaire special de thérapeutique infantile, 1 tomo, 1894.

Berner G.—Le massage, 1 tomo, 1894.

Beurnier L.—Les varices, 1 tomo, 1894.

Rossignol et Dechambre.—Eléments d'hygiène et de zootechnie, 1er tomo, 1894.

Mauclaire P.—Ostéomyélites de la croissance, 1 tomo, 1894.

Teissier P.—Des lésions de l'endocarde chez les tuberculeux, 1 tomo, 1894.

Reverdin A.—Antisepsie et asepsie chirurgicales, 1 tomo, 1894.

Félizet G.—Les Hernies inguinales de l'enfance, 1 tomo, 1894.

Comby I.—Formulaire des maladies des enfants, 1 tomo, 1894.

Dieulafoy.—Manuel de pathologie interne, 3 tomos, 1894.

Simpson J.—Clinique obstétricale et gynécologique, 1 tomo 1874.

De Soyre.—Hygiène de la femme enceinte, 1 tomo, 1891.

Bergeron.—Précis de petite chirurgie d'urgence, 1 tomo 1882.

Crinon.—Revue des médicaments nouveaux, 1 tomo, 1892.

Cancalon et Maurance.—Formulaire pratique de l'hypodermie, 1 tomo, 1894.

Bouriez.—Agenda du pharmacien-chimiste, 1 tomo, 1892.

Budin et Crouzat.—La pratique des accouchements, 1 tomo, 1891.

Terrillon.—Leçons de clinique chirurgicale, 1 tomo, 1889.

Grasset.—Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes, 1 tomo, 1894.

Rochard.—Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique 5 tomos, 1890 y 1094.

Huguet.—Traité de chimîe médicale et pharmaceutique, 1 tomo, 1894.

Kelsch et Kiener.—Traité des maladies des pays chauds, 1 tomo, 1889.

André G.—Insuffisance mitrale, 1 tomo, 1894.

Gilles de la Tourrette—Traité de l'hystérie, 1 tomo, edicion 1891.

Bebay A.—Hygiène de la digestion, 1 tomo, edicion 1880.

Cruet L.—Des caries dentaires compliquées, 1 tomo, edicion 1879.

Guemonprez et Bécue—Actinomycose, 1 tomo, edicion 1894.

Grandmaison—La variole, 1 tomo, edicion 1894.

POR DONACION

Charcot-Bouchard-Brissaud.—Tratado de medicina, 5º tomo, 1894.

Dupré.—Aide-mémoire de thérapeutique et de pharmacologie, 1 tomo, 1894.

Martinez B. D.—El pañal, higiene y medicina infantil, 1 tomo, 1894 Buenos Aires.

Grierson C.—Primeros auxilios, 1 tomo, 1894. Buenos Aires.

Costa C.—Annuario medico brazileiro, 1 tomo, 1893.

Moreno F. P.—Revista del museo de La Plata, 4º tomo, 1894.

Tratado de medicina, publicado en Paris bajo la direccion de los doctores Charcot, Bouchard y Brissaud, y en castellano

de don Rafael Ulecia y Cardona, con la colaboracion de distinguidos profesores y con un prólogo del doctor don Amalio Gimeno y Cabañas. Esta notabilísima obra formará seis voluminosos tomos de variadas dimensiones.

El tomo quinto (un grueso y elegante volúmen de 910 páginas), últimamente publicado, comprende: Enfermedades del corazón, por A. Petit; traducido por A. Espina y Capo.—Enfermedades de los vasos sanguíneos, por W. Œttinger, traducido por don Félix Cerrrada.—Reumatismo articular agudo, por W. Œttinger; tratado por don José Grinda.—Enfermedades del riñon y de las cápsulas supra-renales, por A. Braul; traducido por A. de Redondo.

Aparece esta importante obra por cuadernos de grandes dimensiones, de 160 páginas, elegantemente impresas y con magníficos grabados en negro y en colores.—Precio de cada cuaderno, 3 pesetas adelantadas.

Se suscribe en la administracion de la *Revista de Medicina y Cirugia Prácticas*, Preciados, 33, bajo, Madrid, y en todas las principales librerías.

Ribera y Sans J.—Reflexiones acerca de la laparotomia, 1 tomo, edicion 1894, regalo de la biblioteca de la Revista de medicina y cirugía práctica.

Anzúa—Memoire presenté au congrès international de medicine de Rome sur les resultats de l'ospitalisation interne et externe; un folleto regalado por el autor.

Fernandez Gomez—Guia médica de Buenos Aires, año 1894. núm. 2, regalo de la Libreria Científica de Agustin Etchepareborda, editor.

Lefert Paul—La pratique journalière de la chirurgie dans les hôpitaux de Paris, 1 volúmen de 324 páginas, regalo de los editores señores J. B. Bailhiére et fils.

La pratique journaliére de la chirurgie dans les hôpitaux de Paris, Aide-mémoire et formulaire de thérapeutique apliquée par le professeur Paul Lefert. 1. vol. in-16 de 324 pages, cartoné 3 fr. Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*.

Tous les praticiens sauront gré á M. le professeur Lefert de

eur présenter en un petit volume clair et précis la *pratique* des chirurgiens des hôpitaux de Paris: Paul Berger, Boully, Lucas Championnière, Arm. Després, Duplay, Félix Guyon, Kirmisson, Léon Labbé, Lannelongue, Le Dentu, Monod, Panas, Péan, Peyrot, Pozzi, Quenu, P. Reclus, Richard, Schwartz, Paul Segond, Terrier, Tillaux, Tuffier, Verneuil, etc.

On trouvera traitées dans ce livre les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation du chirurgien : Anthrax, Antisepsie, Appendicite, Cholécystotomie, Cystite, Empyème, Fractures, Gastrotomie, Hernies, Laparotomie, Litholapaxie, Luxations, Néphrectomies, Nephrorraphie, Occlusion intestinale, Ostéomyélite, Péritonite, Reins flottants, Sutures par fils de soie ou de catgut, Tétanos, Trépanation, Tuberculose chirurgicale, Tumeurs, Urétrotomie, Varices, etc.

Cet ouvrage est dû à la collaboration de 60 chirurgiens des hôpitaus de Paris ; renferme plus de 400 consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés.

Il permet au médecin instruit de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'étudiant, il suivait les services hospitaliers de Paris ; il permet, á celui qui depuis longtemps s'est relégué dans la pratique, de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Le praticien est toujours certain, quel que soit son choix de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Sans doute, au lit du malade, l'état particulier de ce dernier a au moins autant de poids que le genre de maladie dont il est atteint ; il n'en reste pas moins que chaque médecin a pour chaque maladie un ensemble de moyens formant un arsenal dans lequel il puise incessamment, sauf à choisir l'agent qui s'adapte le mieux à la constitution propre du patient.

Pour faciliter les recherches, le livre est complété par deux tables alphabétiques, l'un par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matières. De telle sorte que l'on peut à la fois avoir l'opinion de tel ou tel professeur sur les diverses questions qui sont à l'ordre du jour et en même temps passer en revue l'opinion des divers chefs de service sur un sujet déterminé.

La redaccion de Los Anales del Círculo Médico Argentino presenta su respetuoso homenaje á las corporaciones y revistas médicas de Francia por la muerte del ilustre repúblico Sadi Carnot.

Comision Directiva del Círculo Médico Argentino

En la asamblea del 15 de Junio se eligieron como miembros de la Comision Directiva los señores cuyos nombres son acompañados del signo *, y cuyo mandato termina el 29 de Junio de 1896:

Presidente.....	Dr. Alejandro E. Amoretti
Vicepresidente.....	» Gregorio Araoz Alfaro *
Secretario de actas.....	» Manuel A. Zavaleta
	Sr. Aquiles Gareiso *
Ídem de correspondencia	» José M. Cullen
Tesorero.....	Dr. Zenón Aguilar *
Pro-Tesorero.....	Sr. Francisco T. Llobet *
Director del Museo.....	» Ricardo Lynch *
Ídem de la Biblioteca...	Dr. Samuel Gache
Vocales	» Alfonso Masi
»	» Diógenes Urquiza
»	Sr. Enrique Diana
»	» Juan A. Farini
»	Dr. Julio S. Señorans
»	» Enrique Tornú *
»	Sr. Ildefonso Ballesteros *
»	» Antonio Ibarguren *
»	» Silvio Tatti *
»	» Alois Bachmann *

EL DR. EMILIO R. CONI

Parte en breve para Europa el Dr. Emilio R. Coni, miembro honorario del Círculo Médico Argentino.

El viaje del Dr. Coni es puramente de estudio, lo que hará que el distinguido colega continúe consagrándose á las cuestiones de higiene pública, su especialidad.

Le acompañan nuestros mejores sentimientos y nuestros votos sinceros por su felicidad.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante l mes de Mayo de 1894

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS			
Fiebre tifóidea	21	12	33
Tifus	—	1	1
» abdominal	—	2	2
Fiebre infecciosa	—	1	1
Escarlatina	2	3	5
Coqueluche	2	2	4
Difteria	12	8	20
Crup	7	7	14
	44	36	80
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	56	32	88
» artrítica	—	1	1
» meningea	1	2	3
» cerebral	—	1	1
» intestinal	—	1	1
» mesentérica	—	1	1
Osteo mielitis tuberculosa	1	—	1
Peritonitis tuberculosa	2	—	2
Pericarditis tuberculosa	1	—	1
Infeccion purulenta	2	1	3
Sifilis infantil	2	—	2
» en adultos	2	1	3
Cáncer	5	3	8
» del estómago	5	2	7
» del hígado	2	2	4
» del pene	1	—	1
» del intestino	—	1	1
» del esófago	4	—	4
» del útero	—	12	12
» de la vejiga	—	1	1
» del recto	1	1	2
» gástrico	1	—	1
Raquitismo	1	—	1
Púrpura	—	1	1
Leucocitemia	3	1	4
Cloro anemia	1	—	1
	91	64	155

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	8	7	15
Apoplegía	3	3	6
Hemorragia	6	8	14
Meningitis	47	31	78
Meningo-encefalitis	1	2	3
Encefalitis	2	1	3
Derrame cerebral	2	1	3
Hidrocefalia	2	4	6
Mielitis	1	—	1
Apoplegia medular	1	—	1
Meningitis cerebro espinal	—	1	1
Demencia paralítica	1	—	1
Tétano traumático	2	—	2
Tétano infantil	17	9	26
Epilepsia	2	—	2
Eclamsia infantil	4	4	8
Alcoholismo	3	1	4
Edema del cerebro	—	2	2
Ataxia locomotriz	1	—	1
Tumor cerebral	1	—	1
Trombus cerebral	—	1	1
Otitis supurada	—	1	1
	104	76	180
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	1	—	1
Endocarditis	5	3	8
Aneurisma	2	1	3
Aneurisma de la aorta	8	3	11
Aortitis	1	—	1
Hemorragia	4	1	5
» umbilical	1	1	2
Angina de pecho	5	1	6
Vicio orgánico al corazon	22	21	43
Ateromasia arterial	4	1	5
Miocarditis	1	2	3
	54	34	88

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis estridulosa..	1	—	1
Laringitis	—	3	3
Bronquitis	13	8	21
Bronco-neumonia.....	27	21	48
Neumonia.....	28	9	37
Pleuro-neumonía.....	2	1	3
Pleuresia	5	2	7
Congestion pulmonar ..	5	2	7
Asma.....	1	1	2
Edema de la glótis....	—	1	1
Gangrena pulmonar....	2	—	2
Enfisema pulmonar....	—	1	1
Hemoptisis	5	—	5
Apoplegia pulmonar...	1	—	1
Hemorragia pulmonar..	1	—	1
Estenosis laringea.....	3	—	3
Estrechez congénita arteria pulmonar.....	—	1	1
	94	50	144
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Dispepsia.....	—	1	1
Estrechez del esófago..	1	—	1
Gastritis.....	33	21	54
Atrepsia.....	17	11	28
Fiebre gástrica	—	1	1
Ulcera del estómago...	1	1	2
Enteritis.....	15	11	26
» coleriforme....	1	—	1
Entero-colitis	7	3	10
Disenteria.....	4	1	5
Oclusion intestinal.....	5	2	7
Cólico miserere.....	—	1	1
Enterorragia.....	1	—	1
Peritonitis.....	4	9	13
Cólera infantil.....	2	—	2
Colerina.....	—	1	1
Hepatitis.....	4	4	8
Angina flegmonosa.....	1	—	1
Abceso del hígado.....	1	—	1
Degeneracion del hígado.....	1	—	1
Cirrosis.....	1	—	1
» hepática	2	2	4
» atrófica.....	2	—	2
	103	69	172
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright.....	1	1	2
Metrorragia.....	—	1	1
Quiste del ovario.....	—	1	1
Uremia.....	7	2	9
Nefritis	10	6	16
Hematuria	1	—	1
Fiebre urinosa.....	1	—	1
Ruptura de la uretra..	1	—	1
Catarro de la vegiga..	1	—	1
Infiltracion urinosa....	1	—	1
Flemon de la pelvis ...	—	1	1
Pelvi peritonitis.....	—	1	1
	23	13	36
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela.....	1	—	1
Gangrena.....	2	—	2
Lupus.....	1	—	1
Flemon difuso.....	1	—	1
	5	—	5
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	—	1	1
	—	1	1
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	1	1
Eclamsia.....	—	1	1
Hemorragia.....	—	1	1
Infeccion	—	1	1
	—	4	4
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por suspension.	2	—	2
Asfixia por sumersion .	3	—	3
Heridas.....	4	—	4
» por arma de fuego.	5	—	5
Chock traumático.....	4	1	5
Ustion	2	1	3
Conmocion cerebral....	2	—	2
Envenènamiento.....	—	1	1
Fracturas.....	6	1	7
Contusiones.....	1	—	1
Síncope.....	3	2	5
Descuartizado en sus estremidades y tronco.....	1	—	1
	33	6	39

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita....	19	12	31
Nacidos muertos.	75	46	121
Vicio de conformacion.	1	—	1
Icteria	3	1	4
Atrofia infantil	—	1	1
	98	60	158
E Sin clasificacion			
Anemia	2	—	2
Ascitis.....	—	1	1

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
Asfixia.....	2	—	2
Consuncion	2	2	4
Tumores.....	—	1	1
Hidropesia.....	—	1	1
Inanicion	2	4	6
Septicemia.....	2	2	4
Senectud.....	3	5	8
Hipertrofia.....	—	1	1
Marasmo.....	1	2	3
Esclerosis.....	1	—	1
Caquexia	2	2	4
Sin especificacion.....	3	3	6
	20	24	44

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	*Total*
669	437	1106

Congreso Médico Argentino para la tuberculosis

La Direccion General de la Asistencia Pública con fecha 19 de Junio ppdo. solicitó de la Intendencia la organizacion de un congreso médico argentino para estudiar la tuberculosis en nuestro país. Propuso al mismo tiempo la creacion de un sanatorio para tuberculosos.

Estos proyectos han sido muy bien recibidos por las autoridades y el público.

Año XVII—1894 BUENOS AIRES Tomo XVII—Nº 8

Anales del Círculo Médico Argentino

AGOSTO DE 1894

A LOS LECTORES

Al hacernos cargo de la direccion de esta revista, cúmplenos manifestar que no economizaremos esfuerzo personal alguno para corresponder del mejor modo posible, en la medida de nuestras aptitudes, á la honrosa distincion de que se nos ha hecho objeto.

Empero, no se nos oculta que nuestra tarea seria estéril si no vinieran en nuestra ayuda todos los miembros de la Asociacion, interesados en su progreso, que es tambien el del gremio médico en el país. Esperamos que este concurso no nos faltará y agradecemos á los apreciables colaboradores nombrados por el Dr. Gache, la buena voluntad con que se han prestado á acompañarnos, así como á los distinguidos colegas que han aceptado igual nombramiento de nuestra parte.

Acojeremos con gratitud cualquier observacion ó crítica que se tenga á bien dirijirnos respecto de la marcha de los ANALES.

G. ARAOZ ALFARO

CIRUGIA ABDOMINAL

Cura radical de las hernias

Tercera série : trece casos operados con buen éxito

Por el Dr. **Luis C. Maglioni**

Cirujano del Hospicio de las Mercedes

Hace un año, en Mayo de 1893, daba á la publicidad mi segunda série de diez casos de «cura radical de hernias» que, unidos á mi primera série de cuatro casos publicada en Junio de 1892, formaban un total de catorce casos, sin ningun fracaso operatorio.

Hoy agregaré la publicacion de trece nuevos casos que suman con los otros un total de veintisiete casos, siempre sin fracaso operatorio.

Estas séries podrian ser mas nutridas y elevarse en conjunto á una cifra mayor, mucho mayor, pero la escasez de casos por una parte y por otra, en los casos á mi disposicion del hospital y del público, la falta de precisas indicaciones operatorias, unido todo esto á la índole de mi temperamento quirúrgico, que me aconseja la calma en tan trascendentales materias, hacen que mis operaciones de cura radical de hernias queden por el momento reducidas al número que he dicho, contando como se verá en ese modesto número algunos casos de primer órden como gravedad, como dificultad operatoria y como resultados.

Sin pretender dar un consejo á nadie, daré á todos el que me doy á mí mismo: conviene andar despacio en un asunto quirúrgico que es de ayer y que se caracteriza por una continua mutacion de procedimientos y perfeccionamientos operatorios.

15º Caso.—Hernia inguinal izquierda; enterocele libre; reductible; curacion.

José Garoni, argentino, 21 años, de oficio vendedor de billetes. Su hernia data de tres meses y es de tamaño mediano.

El sábado 21 de Enero de 1893 procedí á la operacion estando presentes el Dr. Seco y los practicantes Pizarro y Zabala. A las 3 p. m. empezó á dársele el cloroformo. A las 3 1/4 pude dar principio á la operacion, quedando todo terminado á las 4 1/4 p. m.

Nada de particular presentó este caso. No habia en el saco sino intestino delgado. Los esfuerzos de vómito hicieron salir numerosas ansas de intestino delgado que, bien lavadas, fueron reintegradas en la cavidad del abdómen.

No se presentó el menor accidente post-operatorio, y el 10 de Febrero estaba completamente terminado el trabajo de cicatrizacion de la herida.

16º Caso.—Hernia inguinal derecha; enterocele libre; reductible; curacion.

Juan Beanato, italiano, 47 años, alienado. Tenia una hernia inguinal derecha reductible.

Fué operado el 15 de Marzo de 1893, con la asistencia de los señores practicantes Pizarro, Zabala y Torres.

Se cloroformó fácilmente, y esta operacion como la anterior no presentó nada de particular. Hice la canalotomia por el procedimiento de Championnière y ligadura alta del cuello del saco.

A los siete dias levanté el vendaje y encontré la herida cicatrisada por primera intencion. A los veinticinco dias le permití levantarse y salió poco despues de alta de la sala de cirugia y algo mas adelante tambien del Hospicio por encontrarse bastante bien de su trastorno mental.

17º Caso.—Hernia inguinal izquierda; enterocele libre; reductible; curacion.

Generoso Genastasio, 24 años, italiano, cochero. Estado general, excelente. Hace un año y medio le apareció su hernia haciendo un esfuerzo.

Operado el sábado 23 de Diciembre con asistencia del Dr. Bustamante, de los practicantes Pizarro, Zabala, Fernandez y Torres y del enfermero Hugo Carletti.

Tardó 40 minutos en cloroformarse.

La operacion duró 1 hora y 10 minutos.

Practiqué la canalotomia.

No se siguió la menor reaccion febril ni el mas leve accidente.

El 29 de Diciembre le hice la primera curacion. Excelente estado de la herida.

El 7 de Enero, á la cuarta curacion, la herida estaba completamente cicatrizada.

Antes de salir del Hospital le apliqué el vendaje que Championnière aconseja para prevenir la recidiva.

Algun tiempo despues le he visto por la calle y me ha saludado muy contento desde el pescante de su carruaje.

18º Caso.—Hernia inguinal izquierda irreductible; entero-epiplócele adherente; curacion.

N. N., francés, 61 años, cocinero, buena constitucion, domiciliado en la calle Alsina. Hacia quince años que tenia su hernia y juntamente con la aparicion de esta dolencia empezó á sufrir de asma. La hernia le producia grandes molestias y en combinacion con el asma le hacian ambas pasar una vida de grandes sufrimientos.

A pesar de mis advertencias respecto de la gravedad especial que revestiria su operacion, por su edad, por el asma y principalmente por las condiciones intrínsecas de su hernia, resolvió hacerse operar.

Operacion. El 2 de Enero de 1894, estando presentes y ayudándome inteligentemente los doctores Constanzó, Murphy y Aysaguer y el enfermero Hugo Carletti, empezó á dársele cloroformo al enfermo siendo las 10 a. m. A las 10 1/2 a. m. pudo empezarse la operacion que terminó á la 1 y 1/2 p. m., durando por consiguiente tres horas.

Habia en el interior del saco dos ansas de intestino grueso. Habia además epiploon adherente al saco y á la ansa externa. En la extremidad inferior habia un peloton grasoso del tamaño y forma de un riñon normal, tambien fuertemente adherido al saco. Al hacer su diséccion prolija pudimos ver que era la estremidad del epiploon hipertrofiada y conglomerada.

Procedí paso á paso á hacer la liberacion de las ansas intestinales, valiéndome principalmente de la tijera. Esta parte de la operacion fué de suyo muy lenta, complementada con la ligadura y seccion del epiploon.

El ansa de intestino situada al lado interno presentaba en una porcion de su cara posterior, desprovista de peritoneo, unas lijeras erosiones ó grietaduras que daban sangre. Practiqué, con agujas finas y seda *ad hoc*, cinco suturas de Lambert precaucionales.

En seguida hice la canalotomia y la ligadura y seccion del saco.

Por fin hice la sutura, el drenaje y la curacion antiséptica.

Por la noche del dia 2: Pulso, 110: temp. 37º 8.

El dia 3 de Enero	á las	6 a. m:	Pulso,	104;	temp.	37º 5
» »	á las	4 p. m.	»	110	»	37º 9
» »	á las	10 p. m.	»	105	»	37º 6
El dia 4 de Enero	á las	8 a. m.	»	92	»	37º 3
» »	á las	8 p. m.	»	90	»	37º 7

Despues siguió perfectamente.

El 9 de Enero, primera curacion. No hay pus. Hay un poco de infiltracion serosa en el escroto á causa de no haber podido soportar bien (siendo asmático) el vendaje compresivo. Hubo dislocacion escrotal con constriccion irregular y de ahí el edema que no obstó en lo mas mínimo á una cicatrizacion perfecta por primera intencion.

Le tuve en cama próximamente un mes, al cabo del cual, munido de la faja de Championnière, se levantó y empezó á hacer sus primeros ejercicios.

Hacen seis meses que este enfermo fué operado y se encuentra, segun él, rejuvenecido, ágil y fuerte, como hace muchos años no se sentia. Además y esto es sobremanera digno de notarse: desde el dia de la operacion hasta el presente, no ha vuelto á tener un solo acceso de asma. Parece pues que la operacion de la cura radical ha producido en este enfermo dos beneficios: la supresion de su hernia y la de su asma.

Si con el andar del tiempo se mantuviese este doble resultado, seria para preguntarse si el asma, en un herniario, contrariando el acto quirúrgico por causa de la cloroformizacion, no pesaria con eso y todo en la balanza en favor de la indicacion operatoria.

Repetiré lo que ya dije al principio de esta historia: el asma apareció al mismo tiempo que la hernia.

19º Caso.—Hernia inguinal derecha; epiplocele incoercible; curacion.

Dr. F. B. R., español, 36 años, domiciliado en la calle de Tucuman 991. Hacen algunos años que padece de una hernia inguinal derecha. Algun tiempo usó braguero, pero luego despues tuvo que abandonarlo, pues no contenia bien y le mortificaba mucho.

Los caracteres de esta hernia voluminosa son acentuadamente epiplóicos.

El 14 de Enero de 1894 procedí á la operacion acompañado por los doctores Casal y Dominguez Delaney y el distinguido químico Dr. Quiroga.

Transcurrieron 38 minutos antes de estar convenientemente anestesiado el enfermo.

La operacion empezó á las 9 1/2 a. m. y terminó á 11 y 1/2 a. m.

El saco era delgado, á tal punto que se abria casi espontáneamente en diversos sitios, dando salida á varias porciones de epiploon. Abierto francamente apareció una gran masa epiplóica perfectamente libre.

Me ocupé inmediatamente de hacer prolijas ligaduras parciales del cuello de este epiplocele, colocando de 8 á 10 hilos de cat-gut.

Hecha esta parte de la operacion con el mayor esmero y prudencia, solté, cabo por cabo, el epiploon que se escurrió gradualmente hácia el interior del abdómen. Una vez reducido todo, se presentó sangre roja en el campo operatorio, aunque en pequeña cantidad. En un principio la atribuí á la herida externa, pero no tardé en convencerme que provenia del interior del abdómen.

Un rato de desagrado, tanto mayor cuanto que la operacion se habia presentado hasta entonces de una sencillez elemental. Momentos de vacilaciones y de dudas. Entretanto introduje el índice en la cavidad abdominal, haciéndome la ilusion de pescar el epiploon y atraerlo al exterior. Una vez saqué el apéndice vermicular y otra vez dos pequeños coágulos sanguíneos.

Practiqué lavajes intra-abdominales, introduje un tubo de drenaje para evacuar bien los líquidos. ¿Qué hacer? ¿la espectación? ¿la laparotomia? Consultados los colegas, fueron de opinion contraria á la laparotomia, y me felicité de ello, pues pensaban como yo en aquel momento. Todos consideramos que se trataba de una arteria epiplóica muy pequeña y valia mas abandonar las cosas á la hemostasis espontánea que abrir el vientre. Los resultados nos dieron razon.

La hemorragia disminuia y despues de un momento de espera, pasado el cual ya no se veia sangre en el campo operatorio, continué la operacion ya alargada por el mencionado accidente; hice la canalotomia por el procedimiento de Championnière, ligadura y reseccion del saco, etc., etc.

La masa de epiploon que conservo era enorme; pesando 600 gramos, es decir, de las mas considerables y no muy comunes que figuran en las estadísticas de los diversos operadores.

Las consecuencias de esta operacion, á pesar de la hemorragia epiplóica, fueron benignas.

El 14 por la noche el enfermo tenia 38°2 de temperatura y 130 pulsaciones por minuto. Vómitos clorofórmicos.

El 15 por la mañana temp. 37°4, pulso 120; por la tarde temp. 37°, pulso 112.

Despues la marcha del caso fué normal. La herida supuró un poco, lo que me obligó á ir acortando gradualmente el tubo de drenaje.

Al cabo de un mes este enfermo dejaba la cama.

De repente y sin saber á qué atribuirlo sintió, el 12 de Febrero, un dolor abdominal por el que me hizo llamar. Habia una zona dolorida y algo tumefacta hácia la region umbilical, más hácia la derecha, pero distando mucho del campo operatorio.

Este estado fué modificándose poco á poco hasta que el enfermo se encontró por propia declaracion bien y pudo consagrarse nuevamente á sus ocupaciones.

He recomendado en este caso, como en todos los demás en que me ha sido posible hacerlo práctico, el uso de la faja de precaucion que aconseja Championnière para anular ó disminuir la presion que el paquete intestinal puede producir sobre la region operada.

Á pesar de todo, esta hernia ha recidivado, pero en condicio-

nes ventajosas, como sucede siempre, pues el señor R. usa ahora un braguero que no podia usar antes de la operacion.

20º Caso.—Hernia traumática abdominal; epiplocele adherente; curacion.

Eduardo Lichtnel, austriaco, 59 años, soltero, de profesion cepillero. Es un hombre de regular estatura, bien desarrollado y que representa menos edad de la que tiene.

En la guerra de 1859 recibió, en la batalla de Solferino, un bayonetazo en la region abdominal (lado derecho) debajo de la línea del ombligo. Estuvo en un hospital en Verona enfermo durante dos meses, despues de lo cual se entregó á un trabajo pesado.

En el año 1891, en el mismo sitio en donde recibió el bayonetazo le apareció un tumorcito del tamaño de una nuez.

Estado actual.—A la inspeccion y palpacion se nota un tumor blando, indoloro, depresible, que aumenta de volúmen con los esfuerzos de tos ó bien estando simplemente de pié. Se reduce fácilmente bajo la presion de un dedo, ó mejor dicho, se hunde todo el tumor con la piel en la cavidad abdominal.

El desarrollo de este tumor ha sido lento y siempre indoloro.

Además, se pasa en este enfermo lo siguiente: Hacen 4 años, haciendo un esfuerzo, sintió la aparicion de una hernia inguinal izquierda. Dicha hernia es en la actualidad reductible y coercible con braguero. Año y medio despues, es decir, hacen dos años y medio, haciendo un esfuerzo, sintió en la ingle derecha lo mismo que en la anterior. Actualmente es mayor la hernia derecha que la izquierda.

Este individuo tiene pues tres hernias. Me ocuparé de la traumática, variedad rara segun Championière, quien en una serie de 275 casos solo cuenta con un caso. El anillo accidental por donde pasa el epiploon se percibe claramente y apenas admite la entrada del dedo índice.

El 10 de Marzo de 1894 procedí á operar esta hernia, difiriendo para mas adelante las inguinales.

A las 10 a. m. empezó la cloroformizacion, la cual no estuvo terminada hasta las 11 y 1/4, hora en que pude dar principio á la operacion ayudado por el doctor Bustamente y los

practicantes Zabala, Pizarro, Cabrera, Borda y Fernandez y el cabo Hugo Carletti.

La operacion no presentó otras paticularidades que las firmes adherencias del saco con los tejidos vecinos y contornos del anillo accidental y por dentro con el epiploon. El saco era tan ténue, irregular, incompleto y confundido en algunos puntos con el epiploon que me fué imposible hallarle *cuello*, por lo que despues de resecar la porcion herniada, suturé con cat-gut y en masa, comprendiendo la serosa, dos bordes opuestos del anillo.

La operacion terminó á las 12 y 1/2 p. m.

Este operado siguió sin la mas mínima novedad, cicatrizando su herida por primera intencion.

Hoy está bien, con sus dos hernias inguinuales, suprimida la traumática.

Escribo su historia en Julio, á cuatro meses de la primera operacion. En este plazo hubiese podido operarle, en rigor, una á una sus dos hernias inguinales, aumentando con este solo enfermo de dos casos mi série. No obstante y á pesar de solicitarlo el mismo enfermo, mi tendencia es postergar estas dos nuevas operaciones en el mismo individuo, dando tiempo á que vengan nuevas ideas, nuevas vistas y á que las sucesivas operaciones se vayan haciendo con mejor digestion y con mayor provecho para el operado.

Corroborando esto último lo que consigné en el preámbulo, he creído conveniente hacerlo notar.

21° Caso.—Hernia traumática abdominal; entero-epiplocele adherente; curacion.

Catalina L., italiana, 39 años, casada, domiciliada en la calle de Chile 864. Hacen 10 años recibió una puñalada en el abdómen, un poco por encima de la region del ciego. Segun refiere, estuvo 12 dias en cama, atendiéndose de esta herida. Al poco tiempo de levantarse empezó á notar la aparicion de su hernia en ese sitio, la cual fué agrandándose hasta presentar el dia en que yo la ví (principios de Marzo de 1894) los caracteres siguientes: se percibe, á simple vista y estando parada, un tumor esférico del tamaño de una naranja en el sitio de la cicatriz de su herida; haciendo esfuerzos, de tos ó de defecacion, dicho tumor se nota aumentado, hácia el lado de

la cresta ilíaca correspondiente, de otro tumor, especie de cola ó prolongacion del primero. Este último desaparece aunque esté parada la enferma, con tal que no haga esfuerzos, y ambos tumores se disipan cuando la enferma se acuesta de espalda. Sonoro á la percusion y algo blando al tacto en la porcion principal ó esférica, mate y pastoso en la parte prolongada.

Esta enferma, que me fué recomendada por el doctor French, quería verse libre de las variadas molestias que le producía su hernia, sin arredrarse por el hecho de haber rehusado operarla dos distinguidos cirujanos de esta ciudad.

El 17 de Marzo de este año procedí á operarla ayudado por los doctores French, Seco y N. Maglioni. La anestesia obtenida á las 10 1/2, dí principio á la operacion que terminó á la 1 1/2 p. m. Habia adherencias considerables en la porcion esférica del tumor herniario. La prolongacion ó cola del tumor era intra-parietal y tambien muy adherente.

En la parte esférica el intestino delgado estaba, mas que adherido, fusionado en varios puntos con el saco, lo que me obligó, por primera vez en mis séries herniarias, á dejar como parches fragmentos de saco en las paredes intestinales. En la cola de la hernia no habia sino epiploon adherente. Resequé dicho epiploon y continué mi desinsercion del saco, que me dió bastante trabajo.

Por fin quedó bien al descubierto el anillo accidental cuya parte interna se confundia con el borde externo del músculo recto anterior del abdómen.

El anillo de forma ovóidea, transversalmente situado, media en su gran diámetro unos 7 centímetros y 5 á 6 centímetros en el menor diámetro.

Resecado el saco, ó mejor dicho, los flecos fragmentarios de él, suturé sus bordes irregulares con cat-gut fino, y con cat-gut grueso, aproximé los bordes superior é inferior de dicho anillo. En seguida: drenaje, suturas con cat-gut en varios planos, sutura exterior con seda, etc.

En esta enferma no se ha presentado el menor accidente. Jamás fiebre, jamás dolor ni nada de anormal. Su estado general excelente, como si no hubiese sufrido una operacion evidentemente de las mas graves y difíciles que se pueden imaginar en materia herniaria.

El 23 de Marzo, primera curacion. Hay un poco de pus en la herida.

Despues siguió perfectamente bien, solamente que, debido á las malas condiciones higiénicas y antisépticas, por la falta de comodidades y de recursos, se le formó consecutivamente un abceso en la pared abdominal que prolongó sin mayores inconvenientes la permanencia de esta enferma en cama durante dos meses y medio.

Hoy está bien y se levanta.

22º Caso.—Hernia inguinal derecha.

Rómulo Gaggiero, italiano, 20 años, tipógrafo. Hace un año, con motivo de un esfuerzo, le apareció su hernia inguinal derecha.

Acompañado por el doctor Galiano y por los practicantes Pizarro, Zabala y Torres y el cabo de la sala, empecé la operacion á las 10 y 45 minutos y terminó á las 11 y 45 minutos, tardando 40 minutos en cloroformarse.

Nada de particular presentó este caso. El saco sumamente delgado y de una longitud de 8 centímetros. No contenia nada en su interior. El anillo externo era casi del tamaño normal, por lo que pensé primeramente omitir la canalotomia, pero en seguida me apercibí de que las fibras del oblicuo estaban bastante separadas superiormente dejando un espacio bastante débil y depresible. Hice pues la canalotomia por el procedimiento habitual.

El enfermo siguió perfectamente, y hoy trabaja nuevamente en su oficio de tipógrafo munido de su faja de precaucion que la soporta muy bien como la mayor parte de mis operados.

23º Caso.—Hernia inguinal derecha congenital.

Juan Manassa, italiano, 9 años de edad. Le apareció su hernia á los 3 años. Llevó braguero durante un año.

Le operé el 19 de Abril de 1894, acompañado por el doctor J. Casal, en su casa calle Rodriguez Peña núm. 44.

Al abrir el saco que contenia una gran cantidad de líquido citrino (lo que nos había hecho pensar en el primer momento se tratase de un simple hidrocele) me encontré con el

epiploon herniado y contenido en la cavidad comun del saco y de la vaginal. Se trataba pues de una hernia congenital.

La operacion no presentó mayores dificultades.

Al dia siguiente el enfermo estaba perfectamente, sin fiebre, etc.

El 10 de Mayo la herida operatoria está completamente cicatrizada.

El 12 de Mayo el operado deja la cama munido de su faja de precaucion.

Le he visto á mediados de Julio y sigue sin novedad.

24° Caso.—Hernia inguinal derecha; enterocele libre; curacion.

Alonso Perez, argentino (indio puro), 35 años, albañil, soltero. A principios del año 1891 adquirió úlceras venéreas y blenorragia. Sanó de las úlceras en quince dias, continuando la blenorragia. Despues de algunos dias le apareció un bubon que supuró y fué abierto en el Hospital San Roque.

En el mes de Julio de 1892, despues del trabajo, habiendo hecho poco antes bastantes esfuerzos levantando ladrillos, sintió un dolor en la region inguinal derecha y al mismo tiempo la formacion en ese sitio de un tumor que fué creciendo poco á poco hasta el momento de entrar á mi servicio en que se nota una hernia bastante voluminosa.

Procedí á operarle el 25 de Abril de 1894 con la asistencia y ayuda de los señores practicantes Pizarro, Zabala, Fernandez y Torres.

Practiqué la canalotomia.

El operado siguió sin novedad y hace pocos dias le apliqué la faja de precaucion hecha en el mismo hospital con la cual se encuentra muy bien.

25° Caso.—Hernia inguinal doble; operacion de la hernia derecha.

Enrique Camille, francés, 34 años, soltero; entró en el Hospicio el 20 de Abril de 1894. Presenta hernia inguinal doble, siendo la derecha mas voluminosa que la izquierda, la cual parece epiplóica. Esta última es la mas antigua; apareció en el año 1875 en momentos de levantar una mesa muy pesada. La derecha le apareció en 1887 haciendo un esfuerzo análogo.

Las dos hernias se reducen con bastante facilidad.

Resuelta la operacion, la practiqué el 4 de Mayo de 1894 estando presentes los señores practicantes Fernandez, Pizarro, Torres y Copello.

La operacion no presentó nada de particular.

Concluida ésta, vendado ya el enfermo y mientras arreglaba mis instrumentos, me dice de pronto el practicante encargado del cloroformo:

—¡Doctor, el enfermo no respira y no se percibe el pulso radial!

¿A qué describir minuciosamente estas escenas de alarma? Diez minutos de angustia, haciendo la respiracion artificial é inyecciones de cafeina! Por fin todo entró en órden y el enfermo, que parecía un cadáver, empezó á respirar y á moverse.

Formé el propósito de no volver á cloroformar á este indivíduo si él queria mas adelante ser operado de su hernia izquierda, pues para susto bastaba con el que nos acababa de dar.

Se trataba de un hombre jóven, buena salud general y que no estuvo anestesiado sino una hora.

El sábado 12 de Mayo levanté por primera vez la curacion. Habia una insignificante supuracion. Acorté el tubo de drenaje y retiré los hilos de sutura. El 14 acorté mas el tubo y el 16 lo suprimí completamente.

No tubo jamás fiebre ni nada desfavorable.

Suspendo aquí esta historia para continuarla en la del caso número 27, con la cual se liga estrechamente.

26º Caso.—Hernia inguinal doble; operacion de la hernia izquierda.

Andrés Gonzalez, 44 años, español, cigarrero. Aparecióle un tumor en la region inguinal izquierda, hacen diez años, al levantar un peso. Dicho tumor aumentó gradualmente hasta hacerse escrotal. En el lado derecho apareció algun tiempo despues otro tumor, siendo actualmente del tamaño de un huevo de gallina.

No puede aplicarse braguero. Le incomodan mucho sus hernias y desea ser operado.

Este enfermo me vino recomendado del Baradero por el doctor Romeo della Volta.

El 5 de Mayo de 1894 procedí á operarle, asistido por los señores practicantes Pizarro, Fernandez, Zabala y Torres.

La operacion resultó sencillísima. Despues de ella jamás fiebre, jamás dolor, ni ningun síntoma desfavorable. Hubo solamente que sondarlo para extraerle la orina durante los dos ó tres primeros dias.

El 12 de Mayo levanto por primera vez la curacion y encuentro: cicatrizacion perfecta por primera intencion. Retiro los hilos y digo á Gonzalez que, á pesar de estar ya curado, tendria que quedar todavia unos quince dias en cama antes de volver al Baradero, para asegurar mejor la consolidacion de la region operada, etc.

Apetito y sueño excelente, etc., etc.

Habia escrito una carta á su familia anunciando su próximo regreso para, despues de algun tiempo de descanso, volver al Hospicio á hacerse operar su hernia derecha.

Así las cosas, el miércoles 16 de Mayo por la noche, habiéndose bajado de la cama (contra mi prescripcion) á orinar, sintióse súbitamente mal.

Cuando fuí, como de costumbre, al Hospicio á las 10 a. m. del día 17, me recibió el médico interno doctor Galiano con la inesperada noticia de que Gonzalez habia, de súbito, presentado alta fiebre, contracciones y convulsiones tetaniformes, etc.

En efecto, le encontré en el más lamentable estado. Inútiles fueron el ópio, el cloral, etc. Gonzalez dejó de existir á las 5 p. m. del 17.

Evidentemente se trataba de un caso de tétanos (*a frigore?*). Repito que la herida operatoria estaba perfectamente cicatrizada hacia ya muchos dias, habiendo tenido lugar dicha cicatrizacion *por primera intencion.*

La autopsia, hecha en presencia de los doctores Solari y Galiano reveló lo que podia de antemano (dada la marcha normal del caso) predecirse: ausencia completa de padecimiento alguno abdominal, nada de peritonismo, nada de inflamacion, ni de adherencias. El cuello del saco, en el punto de la ligadura, bien cicatrizado; en breves términos: nada de anormal en la zona operatoria ni por dentro, ni por fuera, ni en los tejidos vecinos.

Dadas estas circunstancias y la manera como se ha producido esta muerte, creo que ella, científicamente considerada,

no arroja un borron en mi estadística de la cura radical, puesto que fué este precisamente uno de los casos típicos de curacion rápida y feliz. Quiero decir que Gonzalez, con cualquier operacion que se le hubiese practicado ó tal vez sin ella, estaba preparado á ser un tetánico, era un predispuesto. Luego su muerte no se refiere á la gravedad operatoria de la cura radical, la que sobrellevó tan admirablemente por el contrario, estando perfectamente bien durante *once dias* despues de la operacion.

Supongamos que el caso anterior (el 25º) hubiese fracasado por el cloroformo. Esta muerte no hubiese probado ni en contra ni en favor de la cura radical, porque no se habria producido en condiciones de tiempo que harian sospechable á dicha operacion.

El caso de Gonzalez está tambien fuera del alcance de la crítica que quisiese considerarlo imputable á dicha operacion, pues con los datos expresados, muerto y todo, depone mas bien en favor de ella.

Championnière establece, y con razon: que los casos de cura radical operados en estado de estrangulacion no deben figurar, si fallecen, en la estadística, porque entonces la muerte es muy probablemente debida á las lesiones patológicas violentas pre y post-operatorias y no á las lesiones operatorias propiamente dichas, que son las que entrañan un peligro mayor ó menor en la cura radical.

Esto quiere decir que, si se hizo la cura radical en un estrangulado y éste no muere, puede su caso figurar favorablemente en la estadística de aquella operacion, pues, probado prácticamente que el estado de estrangulacion no fué mortal, tampoco lo fué la cura radical en sí misma que se agregó á ese estado, mientras que, si muere y basándose con toda justicia en la estadística tan satisfactoria de la cura radical (en los casos sin estrangulacion) puede razonablemente atribuirse la muerte á la estrangulacion y no á la operacion corriente.

Ahora bien, dejando de lado las complicaciones del cloroformo y de la estrangulacion, es sorprendente aunque no por esto menos cierto y posible, que el tétanos (felizmente tan raro) se haya desarrollado á los *once dias* de una operacion sin accidentes y en un caso que presentó durante tan largo tiempo una marcha correctamente normal.

Además de la predisposicion y del frio, factores indudables

en la produccion del tétanos en un enfermo que se encontraba, puede decirse, sano y sin haber sufrido la menor molestia post-operatoria, se siente uno por otra parte, ante el hecho brutal, inclinado á pensar tambien en el traumatismo, el cual aún en las condiciones descritas, puede haber ejercido alguna misteriosa influencia.

El caso siguiente, en sus relaciones con el que dejo descrito dirá, como otros muchos, si fué realmente la cura radical, por su gravedad intrínseca, la que determinó la muerte de Gonzalez, ó si realmente, como ya se ha dicho, esta operacion, sin dejar de ser grave siempre y muchas veces difícil, da una mortalidad leve y aún nula en largas séries.

27º Caso.—Hernia inguinal izquierda estrangulada.

Enrique Camille, el operado del caso nº 25, ocupaba la cama nº 12 de la sala de Cirugía, al lado de la de Gonzalez que ocupaba el nº 11. Aquel había sido operado el 4 de Mayo, un dia antes que Gonzalez y ambos seguian, despues de sus respectivas operaciones, la marcha más favorable.

El dia 17 de Mayo, despues de observar un rato á Gonzalez, y de determinar lo que debia hacerse para combatir su tan grave como inesperado estado, dóime vuelta hácia la cama de Camille:

— Y Vd. ¿cómo se encuentra?

— Yo tambien estoy mal, señor Doctor.

— ¿Qué le pasa?

— Me ha bajado la otra hernia y no la puedo entrar.

En efecto, descubierta la region, me encuentro con una hernia voluminosa en el lado izquierdo, en donde dije existia una hernia epiplóica pequeña, dolorosa á la presion y completamente irreductible.

Hice un taxis moderado, taxis de diagnóstico, y fallando éste, resolví inmediatamente practicar la herniotomia y cura radical en este lado.

Eran las 11 1/2 a. m. y la estrangulacion databa, según el enfermo, desde las 7 1/2 p. m. del dia anterior, es decir que habian transcurrido 16 horas.

Por no haber aún arsenal quirúrgico en mi servicio tuve que postergar todavia 4 horas esta operacion, siempre urgente.

A las 3 1/2 p. m. principiaba la intervencion quirúrgica, despues de haber venido á mi casa en busca y preparacion de mis instrumentos y regresado nuevamente al Hospicio.

Antes de proceder á esta operacion hice presente al señor Director del Hospicio, doctor Cabred, que una circunstancia especial me obligaba á cloroformar nuevamente á un enfermo que en una operacion anterior y reciente casi quedó muerto por el cloroformo en la mesa de operacion y á quien había resuelto no volver á operar por esta circunstancia; que se le habia estrangulado la otrá hernia y que era algo más que un riesgo el que corria este enfermo si no se operaba, es decir que moriría casi seguramente. El doctor Cabred se adhirió decididamente á la operacion en este caso *quand même* y procedí á efectuarla acompañado por los doctores Solari y Galiana y los señores practicantes Zabala, Pizarro, Fernandez y Torres.

Descubierto el saco encontré que la estrangulacion estaba en el cuello de éste y consistia en un anillo de un diámetro pequeñísimo, poco más ó menos como el de un dedo anular mediano. Así se explica que, abierto el saco, se presentase en su cavidad un fragmento de epiploon completamente negro y un ansa de intestino delgado, globulosa, negruzca y con pérdida de sustancia, es decir, con una placa de esfoliacion en su superficie externa.

La reseccion intestinal se presentó un momento á mi espíritu; cruzárense entre los circunstantes ideas en pro y en contra de este trascendental recurso. Despues de un desagradable momento de perplegidad, rechazé la idea de reseccion, por la gravedad operatoria en si, por la prolongacion de la operacion en sus relaciones con la anestesia (especial para este caso), por la carencia de elementos y de comodidades para acto quirúrgico tan grave y, por fin, por cierta confianza en que, sin ir más allá, las cosas seguirian como felizmente siguieron.

Seccioné con gran dificultad el anillo estrangulatorio, resequé el epiploon herniado y gangrenado, ligando y cortando por lo sano y despues de bien lavada reduje el ansa intestinal en condiciones muy equívocas.

Completé la operacion con la cura radical como de costumbre.

El enfermo siguió perfectamente. No solamente no hubo

esta vez ninguna alarma clorofórmica, sino que al dia siguiente y en los sucesivos no hubo la menor reaccion febril ni accidente ninguno desfavorable. A fines de Junio, que es cuando escribo esta historia, el enfermo está ya próximo á abandonar la cama.

¡Ironias de la suerte! He aquí dos enfermos vecinos de cama en la sala de un mismo hospital. El uno es operado sin la menor dificultad; cicatriza su herida operatoria *por primera intencion* sin sufrir el más mínimo accidente despues de la operacion; á los *once dias*, al bajarse de la cama á orinar (contra mi órden expresa) tan bien se sentia, es acometido por el terrible tétanos y muere á las pocas horas. El otro operado dos veces, en la primera, casi al mismo tiempo que el caso anterior, escapa á un accidente clorofórmico grave y en la segunda, con doce dias de intervalo, escapa tambien además de á la gravedad común y general de la operacion en sí de la cura radical, á lo que es mas grave, á la estrangulacion y á lo que es más grave aún, á las consecuencias de la reduccion de un ansa intestinal en las condiciones que he descrito.

Hubo en Camille, sumadas sus dos operaciones, mayor traumatismo, intoxicacion clorofórmica, etc., y fué la operacion de Gonzalez el tipo de cura radical más simple y sin inconvenientes que registro en mis séries, y sin embargo Camille vive y Gonzalez murió.

Volviendo al caso de Camille, que es el que corresponde á esta historia, sugiéreme algunas reflexiones más que voy á consignar para concluir.

He dicho ya al referir la historia de mi caso 5º, que en las hernias dobles (confirmando lo que dice Championnière) cuando se opera una, generalmenta la otra aumenta de volúmen por una razon de desequilibrio abdominal fácil de concebir. Así sucedió en dicho caso 5º. En el caso de Camille ¿qué es lo que ha sucedido? Tenia éste una hernia epiplóica izquierda mas pequeña y mas antigua que la derecha. Operada ésta y obligado el intestino, que en los esfuerzos caía antes fácilmente al escroto, á residir en el abdómen, se concibe que, en esos mismos esfuerzos, el paquete intestinal forzase el pasaje del lado izquierdo. Ahora bien, en un enterocele como el del caso 5º, con anillo grande, todo se redujo á aumentarse la hernia no operada, pero en este caso, en un epiplócele pequeño, forzado el cuello del saco, además de por el epiploon, por

un ansa intestinal diría así sobrante en el abdómen, pasó ésta por un anillo muy estrecho y era imposible volver á introducirlo sin operacion á la gran cavidad.

De esta particularidad clínica me permito deducir el siguiente proyecto de ley higiénica: en los casos de hernia doble, habiéndose operado una de ellas, es conveniente, si la otra hernia es reductible, aplicar un braguero común inmediatamente, sobre todo si dicha hernia es pequeña, pues éstas son las que mas fácilmente se estrangulan y en las cuales es mas grave la estrangulacion. Caso de no aplicarse dicho braguero es conveniente estar en guardia respecto de una estrangulacion posible para proceder en consecuencia rápidamente.

Por lo demás y entre las muchas enseñanzas que este caso nos deja, hay una que es completamente parcial y restringida á las personas que constataron *de visu* el estado de esa ansa intestinal á los efectos de la indicacion operatoria de reseccion en casos análogos ó de abstencion como en el presente caso.

Julio de 1894.

ALGUNAS OBSERVACIONES

A PROPÓSITO DE LA ACTUAL EPIDEMIA DE PAPERAS

Por el **Dr. G. Araoz Alfaro**

Médico del Servicio de Niños del Hospital San Roque

Aunque las paperas (*oreillons, fievre ourlienne*) se observan siempre en forma epidémica, nunca han sido vistas entre nosotros, á estar á los informes de médicos viejos, en número tan considerable como actualmente.

Es imposible dar cifra alguna, ni siquiera aproximada, tratándose de una afeccion sumamente benigna y para la cual muchas familias no llaman siquiera al médico. Pero podemos, sí, decir que la epidemia ha existido (y no se ha extinguido aún) en los diversos barrios de la ciudad y nosotros hemos visto, por ejemplo, casi tantos enfermos en

los barrios del S. O. (Consultorio del Hospital San Roque), como en el Norte, donde tenemos principalmente nuestra clientela particular.

Por lo demás, la enfermedad se ha extendido á algunos pueblos inmediatos y sé, por ejemplo, que ha sido muy comun en las escuelas de Quilmes. En las de nuestra ciudad, el número de los atacados ha sido notable.

Es en razón de esta extension inusitada de la epidemia, que hemos creído deber dejar constancia de ella en los ANALES, aunque poco de particular tengamos que hacer notar respecto de los enfermos que hemos observado.

En cuanto á la forma que la afeccion ha revestido, ella nos ha parecido sumamente benigna.

En todos los casos que hemos visto, la parotiditis (ó la fluxion parotídea, ya que algunos no aceptan la inflamacion de la glándula), ha sido bilateral, comenzando, como es de regla, mas frecuentemente del lado izquierdo para invadir despues de dos ó mas dias, la glándula opuesta. Una vez solamente hemos notado la participacian en el proceso de las glándulas submaxilares y en este caso, la gran tumefaccion del cuello y de las partes laterales de la cara daba al niño un aspecto semejante al producido por los linfadenomas del cuello.

Este ha sido tambien el único caso en que hemos visto producirse la supuracion; la compresion llegó á ser bastante grande para dificultar la deglucion y para producir un ruido de cornaje. Por lo demás, evacuado el pus, se curó rápidamente el enfermito, que era un niño de poco mas de un año. (Se sabe que es extremadamente raro observar la enfermedad antes de dos años).

En la generalidad de los casos, los pródromos no han existido y la fiebre y los dolores no han revestido importancia. En una mujer de 30 años, la temperatura se mantuvo, durante mas de 24 horas, alrededor de 39°, y la cefalalgia y los dolores parotideos y articulares fueron muy intensos.

Ninguna complicacion visceral hemos notado, á pesar de haber observado cuatro mujeres adultas; — es verdad que no hemos asistido ningun hombre, que es en los que se ma-

nifiestan con frecuencia las complicaciones mas graves (orquitis, pericarditis, endocarditis).

Sabido es que el contagio de las paperas es incontestable y que la mayor parte de los autores modernos, siguiendo las ideas de Trousseau y otros, tienden á aproximar esta enfermedad á las fiebres eruptivas.

Algunos describen un *enantema* caracterizado por una angina ligera y por una inflamacion eritematosa de la mucosa bucal (*Bouchut*, *Guéneau de Mussy*, *Jourdan*, etc.)

Moursou (1), describe como muy frecuente una tumefaccion circunscrita de la desembocadura del canal de Sténon, con vascularizacion muy pronunciada y algunas manchas equimóticas. *Granier* (2), encontró á menudo idénticas lesiones en las aberturas de los canales de Sténon y de Wharton.

En apoyo de los que creen, con *Laveran*, *Comby* y otros, que el citado *enantema* es muy raro, diremos que solo hemos visto una vez una angina lijera y una rubefaccion difusa de la mucosa de las mejillas.

No hemos notado modificacion alguna bien neta por parte de la secrecion salivar.

Se acepta universalmente el orígen microbiano de las paperas, pero se ignora aún cuál es el agente figurado que las produce.

Los estudios de *Capitan* y *Charrin*, los de *Olivier*, *Boinet*, *Bordas*, etc., no permiten una conclusion definitiva porque no se ha practicado inoculaciones positivas. Se toca con el inconveniente, observado tambien en otras enfermedades, de que el mal no parece trasmisible á los animales. Ignoramos igualmente el modo cómo se hace el contagio. La ordinaria circunscripcion de las epidemias, la observacion muy interesante de *Variot* («Bulletin Médical», 1887), en que una pared y una puerta vidriera impidieron la propagacion de una á otra escuela, parecen indicar que el contagio es poco difusible y que ha menester del contacto directo.

---

(1) (2) Citados por Comby — «Les oreillons» — Bibl. Charcot et Debove — 1893.

Es lógico suponer que la trasmision por la saliva debe ser sumamente fácil. He visto una mujer de 36 años contraer la enfermedad quince dias despues de una visita de una hora á una amiga suya afectada de paperas y en cuya compañia tomó *mate*. Es de advertir que ni en casa de esta señora ni en las inmediatas, en que practiqué una investigacion, habia ocurrido caso alguno.

Por esto mismo, la profilaxia parece fácil y con solo separar al enfermo en una pieza, hemos visto á todos sus vecinos de habitacion, niños inclusive, escapar al contagio.

No es fácil comprender cómo se haria la infeccion de las glándulas salivares por los microbios que viven habitualmente en la boca.

En primer lugar, estas especies, que son muy numerosas (*Vignal* (1) ha clasificado 20 especies y otros autores un número mucho mayor), están en la boca relativamente atenuadas, por el poder antiséptico de la saliva, indudable desde las investigaciones de *Sanarelli* (2).

« Fuera de ciertos periodos, dice *Charrin* (3), es preciso practicar pases y culturas para obtener un virus fuerte cuando se ha tomado sobre la lengua ó en la boca el gérmen de este virus. »

Además, las glándulas salivares están en buenas condiciones de defensa contra la infeccion. *P. Claisse* y *E. Dupré* (4) señalan, como los principales de estos medios de defensa, la estrechez del canal de Sténon al nivel de su orificio bucal, el modo oblicuo de su abocamiento en la mucosa, el largo trayecto intermuscular de la última porcion del canal excretor, su brusca acodadura al nivel del bucinador, la corriente descendente de la saliva, etc., etc.

---

(1) Recherches sur les micro-organismes de la bouche — Arch. de physiologie — 15 de Novembre de 1886.

(2) Centralblatt für Bakteriologie, X, 25, pág. 815, citado por Claisse y Dupré.

(3) Semaine Médicale, 10 Déc. 92.

(4) Les infections salivaires. — Arch. de Méd. exp. et d'anat. pathol. — núms. 1 y 2 — 1894

Se vé, pues, que acá como para los conductos biliares, la infeccion ascendente es difícil y así se explica la rareza de esta infeccion.

No conociendo el microbio productor de las paperas, ignoramos tambien las condiciones que contrarrestan esas defensas y permiten la infeccion ascendente. En todo caso, es indudable que el microbio penetra por el conducto y remonta á la glándula; los trabajos anátomo-patológicos de *Hanau* (1), establecen, en efecto, que el proceso se extiende de los canales excretores á la sustancia glandular.

Se sabe que el tratamiento se reduce en la mayoria de los casos á una dieta moderada. Un purgante debe ser administrado si se nota saburra gástrica.

Puede envolverse la region parotídea con un poco de algodon y, en caso de vivos dolores, aplicar tópicos anodinos. Hemos pensado que, viendo al enfermo desde el primer dia, quizá se pueda impedir la invasion del lado opuesto por la administracion interna del clorato de potasa que, activando la secrecion salivar, debe dificultar la infeccion del canal de Sténon, al mismo tiempo que obraria como antiséptico (está probado que en la boca es uno de los mejores). Podria agregarse con el mismo objeto lavajes boricados ó fenicados débiles de la boca. No he encontrado casos apropiados para poner en práctica estas ideas teóricas; si la invasion del lado opuesto pudiera evitarse, siempre se ganaria algunos dias (2 por lo menos) en la duracion total de la enfermedad, lo que no es del todo despreciable cuando se trata de adultos.

Este resultado no podria esperarse si, como pretenden *Ollivier* y otros, los microbios se encuentran en la sangre. Nos parece dudoso que esto se confirme; si la infeccion fuera primitivamente sanguinea, no vemos por qué no habia de producirse la afeccion al mismo tiempo en las dos parótidas.

---

(1) Analizado por Dittrich, in Centralblatt für Bakteriologie. — Cit. por los anteriores.

Tratamiento de la constipacion por el Fernet Branca

Por el **Dr. Julio Mendez**

Profesor sustituto de Clínica Médica, Médico del Hospital San Roque

---

Desde hace algunos meses ordeno como laxativo el *Fernet Branca*, en mi clientela y en mi servicio de hospital.

El primer caso que me lo sujirió como tal, fué un enfermo en quien combatia la constipacion por los medios usuales y que habiendo hecho voluntariamente uso del *Fernet* como simple *aperitivo*, notó la regularizacion de su vientre.

Para convencerme de ello, suprimí todos los remedios ordenados, y aconsejé la continuacion del *aperitivo* obteniendo en consecuencia defecacion abundante.

Desde entonces lo he usado en todos los casos en que hay constipacion por paresia intestinal ó consecutiva á digestiones estomacales retardadas ó alteradas como es lo general.

Así, por ejemplo, en la que acompaña á la gastritis crónica con ó sin dilatacion, al cáncer, á la úlcera del estómago, á la indigestion, á la retencion fecal completa ó incompleta, etc.

En los casos de úlcera del estómago no he considerado prudente administrarle por la boca, y he recurrido á la administracion por el recto por medio de un catéter Nétlaton, en forma de un pequeño enema conteniendo, partes iguales de *Fernet* y agua ó leche.

La dósis usual es una cantidad de 50 gramos próximamente, que se toma media hora antes de comer puro ó mezclado con agua ó soda.

Esta dósis no ha sido necesario aumentarla en ningun caso; más bien para no pasar el efecto laxante ha habido que disminuirla.

Algunos enfermos lo han usado por propia indicacion en *dos* dósis diarias mas pequeñas y administradas antes del almuerzo y de la comida.

El resultado es igual; al cabo de 18 ó 24 horas, se produce una ó dos deposiciones abundantes, que no son precedidas de cólicos.

No estoy en posesion de los datos necesarios para saber la composicion del *Fernet*. He oído decir á varias personas que contiene *áloes*, y entonces seria explicable su accion.

BIBLIOGRAFIA

Heridas del diafragma al través del seno costo-diafragmático. — Tésis inaugural de Nicolás Repetto. — 1894.

Es éste un excelente trabajo cuya lectura recomendamos á los que quieran instruirse sobre una variedad de lesiones, tan frecuente como mal estudiada hasta ahora en los tratados. Su autor se ha valido de la experimentacion, ha reunido importantes datos de observación clínica y ha aprovechado la literatura médica para la dilucidacion de su tema. Esto quiere decir que ha hecho un estudio completamente objetivo, y, por eso mismo, muy bueno.

Empieza con los datos anatómicos relativos á la region. Segun Repetto, que ha comprobado en el cadáver los datos de Richet, los límites de la rejion del seno costo-diafragmático son: por abajo, el reborde costal, y por arriba una línea cóncava hácia arriba, de corvadura variable, que une la base del apéndice xifoides á la apófisis articular de la 12ª vértebra dorsal. En la expiracion, esta línea cruza el borde superior de la 8ª costilla, al nivel de la línea axilar media. En la inspiracion baja y cruza entonces la línea axilar á la altura del borde superior de la novena costilla. Mediciones hechas por Repetto en siete cadáveres, le han dado las cifras de 93, 116 y 43 milímetros, respectivamente, como altura media del seno izquierdo en las líneas mamilar, axilar media, y escapular durante la espiracion. Del lado derecho, el seno es algo mas profundo. En la inspiracion la altura del seno disminuye en un grado que no se puede precisar, pero que se calcula en cuatro centímetros en la línea axilar.

Basándose en siete observaciones personales, Repetto hace la descripcion de las lesiones. Cinco veces la herida era á través del 9º espacio intercostal, una vez á través del 8º, otra del 7º. En seis casos la herida estaba entre las lí-

neas mamilar y escapular. En cinco de los siete heridos hubo hernia externa del epiplon. Estos son los que autor considera típicos.

La evolucion de las heridas del diafragma está muy bien estudiada en esta tésis. Repetto ha tratado de resolver la cuestion sobre si estas heridas pueden cicatrizar, por medio de la experimentacion. Sus experimentos hechos en perros jóvenes, han sido seis. En dos de ellos hirió el diafragma paralelamente á las fibras; la autopsia, hecha respectivamente, mes y medio y dos meses despues, mostró la completa cicatrizacion de esas heridas experimentales. En tres, la herida fué perpendicular á las fibras. El primero de estos perros murió al dia siguiente, y en la autopsia se encontró el estómago en la cavidad pleural, comprimiendo los pulmones y el corazon. Los otros dos, sacrificados á los 30 y á los 50 dias de la herida, presentaban un anillo cicatricial por el cual hacia hernia en el tórax un pedazo de epiplon. Por supuesto que todos estos experimentos han sido hechos en la mitad izquierda del diafragma, pues del lado derecho, el hígado impide la produccion de hernias.

Otros dos experimentos de Repetto, prueban que no hay razon para creer que el epiplon, interponiéndose entre los labios de una herida diafragmática, se adhiere allí y consolida la cicatriz; en los dos casos el epiplon, que habia sido llevado con pinzas al través de la herida del diafragma hasta la cavidad pleural, solo habia adquirido muy débiles y laxas adherencias con las caras del anillo cicatricial.

Un síntoma de herida del diafragma sobre el cual insiste el autor, es el dolor del hombro. Lo ha observado en los cuatro casos en que lo ha investigado y siempre en el hombro del lado herido.

En el capítulo del tratamiento, Repetto aconseja para las heridas del diafragma la sutura inmediata por la via torácica, es decir, prévio levantamiento de un colgajo osteocutáneo, para hacer accesibles las partes heridas profundas.

Es el método que ya han practicado con éxito en varios casos Postemsky y otros cirujanos. Considera el procedimiento del colgajo osteo-plástico muy superior á la simple reseccion costal que otros han puesto en práctica. Y, en general, rechaza la laparotomia, que solo considera indi-

cada en los casos de lesiones viscerales abdominales, imposibles de tratar á través de la brecha diafragmática.

J.

Meningitis cerebro-espinal epidémica. — Contribucion á su estudio en la República Argentina. — Tésis de Félix T. Muñoz.

Con los escasos datos estadísticos que es posible recoger, de nuestra el autor que esta enfermedad se ha observado desde tiempo atrás entre nosotros, siendo las más de las veces, reconocida sólo en la autopsia.

Estudia despues prolijamente dos casos observados por el Dr. Penna en la Casa de Aislamiento y diagnosticados como de meningitis cerebro-espinal epidémica.

Las enfermedades infecciosas en Madrid. — (Estudio clínico terapéutico), por el Dr. José Monmeneu. Es un interesante estudio práctico en que, sin escasear las muestras de conocimientos teóricos, el autor se ha esforzado por hacer un estudio local, lo más completo posible.

Anuario Internacional de Medicina y Cirugía. — Ha aparecido el tomo XVIII de esta revista que publica el Dr. Reboles y Campos y que, como se sabe, es una crítica retrospectiva de todos los adelantos médicos del año. Casa editorial de Bailly-Baillière é hijos, Madrid.

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

OBRAS ENTRADAS EN EL MES DE JUNIO Y JULIO DE 1894

POR COMPRA

BEBOVE Y ACHARD—Manuel de Médecine.....—edicion de 1894—4 tomos
CHIPAULT A.—Chirurgie médullaire.....— » » » —1 »
DUPLAIX J. B.—Des Anèvrysmes.....— » » » —1 »
GREIG SMITH J.—Chirurgie abdominale.....— » » » —1 »
DUJARDIN-BEAUMETZ—L'art de formuler.....— » » » —1 »
DUHRSSEN A.—Vade-mecum de gynécologie..— » » » —1 »
MIOT ET BARATOUX—Maladies de l'oreille et du nez.....— » » » —1 »
PLICQUE A. T.—Diagnostic Chirurgical.....— » » 1893—1 »
KAPOSI M.—Maladies de la peau.....— » » 1891—2 »
BARIÉ E.—Therapeutique des maladies du cœur— » » 1894—1 »
GRASSET ET RAUZIER—Maladies du système nerveux.....— » » » —2 »
LEVEN M.—Système nerveux.....— » » 1893—1 »
ROCHARD J.—Encyclopedie d'Hygiène—Tascicule 33e 7o.....— » » 1894—
FERRAND—Le Langage, la parole et les aphasies— » » » —1 »
GILLET H.—Rythmes des bruits du cœur.....— » » » —1 »
PAUL C. ET RODET P.—Traitement du Lymphatisme.....— » » » —1 »
COURTADE A.—Anat. physiol. et séméiol. de l'oreille.....— » » » —1 »
RAYMOND P.—La Syphylis dans l'allaitement— » » » —1 »

POR DONACION

REBOLES Y CAMPOS—Anuario internacional de medicina y cirugia.....— » » » —1 »
MOUMENEU—Enfermedades infecciosas.....— » » » —1 »
CHAMPIONNIÈRE—Taux de l'urée dans l'urine.— » » 1893—1 folleto
ID.—De l'Hydronéphrose intermittente.....— » » 1892—1 »
ID.—Sur la cure radicale des Hernies.....— » » 1894—1 »
HIPPEAU P.—Une visite a l'hôpital international— » » 1893—1 »
MUÑOZ—Meningitis-cerebro-espinal epidémica.— » » 1894— Tésis
REPETTO N.—Heridas del diafragma á través del seno coste-diafragmático.....— » » » — »
DE GORDON Y DE ACOSTA, A.—Informe acerca de la obra de «Técnica anatómica» del Dr. José L. Farini.....— » » » —1 folleto

FACULTAD DE MEDICINA

DOCENTES LIBRES—SUSTITUTOS—CONCURSOS

La comision de enseñanza de la Facultad ha presentado un proyecto instituyendo los *docentes libres*, quienes serían aceptados despues de una leccion dada por ellos en presencia del Jurado, sobre un tema de su eleccion. Estos docentes libres podrian formar parte de las mesas examinadores.

—La misma Comision somete á la aprobacion de la Facultad otro proyecto segun el cual los profesores sustitutos están en la obligacion de dictar cursos libres, parciales, en una parte del año; esos cursos pueden ser de parte del programa de la cátedra, reemplazando al titular, si éste consiente en ello y siendo condicion indispensable la concurrencia regular de cinco alumnos por lo menos. El sustituto que no llenara este requisito, quedaria por ese solo hecho cesante.

—El concurso celebrado para el puesto de profesor sustituto de *Medicina legal*, terminó con el nombramiento del doctor Francisco de Veyga. En el de *Fisiología* no se adjudicó el puesto.

El de *Patología general*, ha sido postergado por enfermedad del doctor Herrera Vegas. Son candidatos los doctores Pedro Coronado y Gregorio Araoz Alfaro.

El de *Obstetricia* ha sido igualmente suspendido por enfermedad de uno de los candidatos. Están inscritos los doctores Grierson, Pietranera, Scotto y Arenaza.

ESTADO SANITARIO DEL MUNICIPIO

La influenza, que se inició bruscamente y con gran intensidad á principios del corriente mes, parece declinar francamente. La epidemia, á pesar de lo que han dicho los diarios políticos, no ha hecho, ni con mucho, el mismo número de víctimas que la de 1892 y, sobre todo, ha sido mucho más benigna, á tal punto que las complicaciones graves no se han presentado sinó excepcionalmente.

—Muchas afecciones del aparato respiratorio, en los niños principalmente, habiéndose observado numerosos casos de bronquitis capilar y bronco-pneumonía.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Junio de 1894

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	10	9	19
Escarlatina	2	1	3
Coqueluche	—	1	1
Difteria	7	9	16
Crup	11	5	16
Angina diftérica	1	1	2
Influenza	1	2	3
	32	28	60
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	58	37	95
» meningea	3	3	6
» del peritoneo	1	—	1
» laringea	1	—	1
Septicemia	—	2	2
Pústula maligna	1	—	1
Anemia	2	2	4
Escrofulosis	1	—	1
Sífilis infantil	2	—	2
Cáncer	6	4	10
» del estómago	10	5	15
» del hígado	5	—	5
» del píloro	2	—	2
» del vientre	—	1	1
» del pancreas	1	—	1
» del intestino	1	—	1
» del esófago	—	1	1
» de la lengua	1	—	1
» del útero	—	5	5
» del cuello	1	—	1
» del peritoneo	1	—	1
Reumatismo	2	1	3
Diabetes sacarina	2	3	5
Raquitismo	—	2	2
Leucocitemia	—	1	1
Alcoholismo	9	—	9
	111	66	177

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	14	7	21
Apoplegia	4	1	5
Hemorragia	16	10	26
Anemia	2	1	3
Meningitis	28	26	54
Embolia	2	—	2
Meningo-encefalitis	2	2	4
Derrame cerebral	2	2	4
Hidrocefalia	1	—	1
Reblandecimiento cerebral	1	3	4
Tumor cerebral	1	—	1
Esclerosis cerebral	1	1	2
Demencia	—	1	1
Tétano traumático	1	—	1
Tétano infantil	12	11	23
Epilepsia	—	1	1
Eclamsia infantil	6	4	10
Parálisis general progresiva	8	—	8
Edema del cerebro	1	1	2
Otitis	1	—	1
	103	72	175
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	1	—	1
Endocarditis	—	1	1
Aneurisma	2	—	2
Aneurisma de la aorta	6	—	6
Persistencia del agujero de Botal	—	1	1
Aortitis	6	1	7
Hemorragia	2	1	3
Angina de pecho	8	2	10
Vicio orgánico al corazon	35	25	60
Ateromasia arterial	8	1	9
Miocarditis	3	1	4
Degeneracion grasosa al corazon	—	1	1
	71	34	105

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis estridulosa..	—	3	3
Bronquitis.....	27	16	43
Bronco-neumonia.....	40	29	69
Neumonia.....	47	30	77
Pleuro-neumonia.....	4	2	6
Pleuresia.....	—	2	2
Congestion pulmonar..	10	1	11
Asma.....	1	1	2
Edema de la glótis....	2	—	2
Gangrena pulmonar....	—	1	1
Enfisema pulmonar....	3	—	3
Laringo traqueitis.....	—	1	1
Hemoptisis.....	1	—	1
Espasmo de la glotis..	3	—	8
Atelectasia pulmonar..	—	1	1
Falso crup.....	1	—	1
Flemon laringeo.....	—	1	1
	139	88	227
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Catarro intestinal.....	1	—	1
Estrechez del esófago..	—	2	2
Gastritis.....	2	3	5
Gastro-enteritis.....	15	11	26
Atrepsia.....	16	7	23
Enteritis.....	19	8	27
Entero-colitis.....	2	1	3
Disenteria.....	1	—	1
Cólico intestinal.....	—	1	1
Enterorragia.....	1	—	1
Peritonitis.....	3	11	14
Hernias y oclusiones...	6	2	8
Hepatitis.....	1	4	5
Atrofia.....	1	—	1
Hidatides.....	1	1	2
Cirrosis.....	1	—	1
» del hígado.....	3	1	4
	73	52	125
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright.....	1	—	1
Cistitis crónica.....	1	—	1
Uremia.....	7	6	13
Nefritis.....	14	2	16
Albuminuria.....	1	1	2
Hemorragia uterina....	—	1	1
	24	10	34

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Linfo-adenoma.....	2	—	2
Gangrena.....	1	1	2
Ulcera fajadenica.	1	—	1
	4	1	5
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Eclamsia.....	—	2	2
Infeccion.....	—	1	1
	—	3	3
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion.	9	—	9
» por sofocacion...	2	—	2
Accidentes producidos por ferrocarriles.....	1	—	1
Heridas.....	10	—	10
» por arma de fuego.....	6	—	6
Ustion.....	—	3	3
Suicidio.....	1	—	1
Envenenamiento.....	2	—	2
Repentinamente.....	—	1	1
Intoxicacion.....	1	—	1
Traumatismo.....	6	2	8
Contusiones.....	2	—	2
Conmocion cerebral....	—	1	1
Inanicion.....	2	—	2
Fracturas.....	1	1	2
	43	8	51
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita....	19	25	44
Nacidos muertos.	58	54	112
Esclerema.....	1	1	2
	78	80	158

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
E Sin clasificacion			
Abceso	1	—	1
Síncope	1	—	1
Ascitis	1	1	2
Asfixia	—	1	1
Consuncion	—	3	3
Hematoma	1	—	1
Polisarcia	—	1	1

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Hiperemia	1	—	1
Debilidad senil	2	—	2
Senectud	4	6	10
Otrofia	—	1	1
Embolia	—	1	1
Marasmo	3	—	3
Sin especificacion	7	1	8
	21	15	36

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
699	457	1156

ASISTENCIA PÚBLICA

En menos de un mes ha tenido lugar la colocacion de la piedra fundamental de dos edificios: la Casa de Aislamiento y el Hospital de Belgrano.

El 19 del corriente se inauguró la Maternidad del Hospital Rawson cuya direcion está confiada al doctor Gache.

Año XVII—1894 BUENOS AIRES Tomo XVII—Nº 9

Anales del Círculo Médico Argentino

SEPTIEMBRE DE 1894

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS TUMORES DE LA PIEL

Laboratorio del profesor Dr. Wernicke

Adeno-carcinoma enquistado de las glándulas sudoríparas

Por el Dr. **Alejandro Posada**

Médico interno del Hospital de Clínicas

He tenido ocasion de examinar un tumor, que con el profesor doctor Wernicke hemos clasificado, como adeno-carcinoma de las glándulas sudoríparas.

Con motivo de la rareza de los tumores de estas glándulas y de las discusiones que se han suscitado respecto de los descritos por algunos observadores como en ellas originados, es que me decido á presentar este hecho, en el cual creo, que el origen sudoríparo de la afeccion, es evidente.

Se tiende generalmente á considerar los tumores descritos como adenomas de las glándulas sudoríparas, como producciones originadas en las glándulas sebáceas.

En todo caso, no teniendo su origen en éstas, serían proliferaciones de residuos del ectodermo embrionario.

Los tumores publicados como adenomas de las glándulas sudoríparas, están situados por lo general en el surco naso-labial ó las partes vecinas, como los extirpados por Langenbeck y examinados por Führer.

Jacquet y Darier, presentan una observacion de tumores múltiples y diseminados.

En un nuevo caso, Darier no designa ya el tumor que describe como adenoma, sino que lo llama epitelioma adenoide.

No conozco los detalles de su publicacion é ignoro por lo tanto, la exactitud de esta denominacion que él propone.

El caso que describo, es notable por su evolucion hacia la malignidad y por la franca transformacion de los elementos glandulares, en elementos atípicos epiteliomatosos.

El enfermo, en quien los tumores que presenta se habian desarrollado, fué observado por el doctor del Arca. Los datos que he podido obtener no son muy exactos, pero la evolucion del tumor fué lenta y sin dolores. La edad del enfermo era de 28 á 30 años. De los dos tumores, uno tenia asiento en el ala de la nariz y el otro en el lóbulo de la oreja. Este último, había sido operado y había recidivado.

Los tumores eran sésiles, no adherentes á la piel que los cubria.

Su tamaño, menor que el de una nuez. El tumor del lóbulo de la oreja, presentaba una ulceracion.

Han sido conservados y endurecidos en alcohol.

Examinados microscópicamente, son dos pequeños tumores redondeados, de superficie lisa, bien encapsulados y de grandes lobulaciones, poco marcadas.

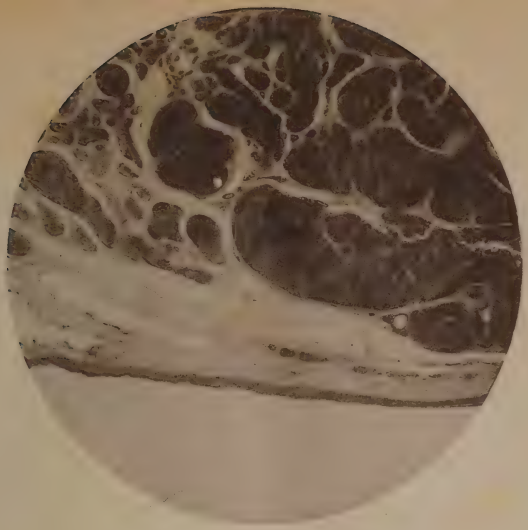
Al corte, no presentan una superficie de seccion lisa, sino desigual y granulosa.

El tumor nasal examinado al microscopio, presenta las particularidades siguientes:

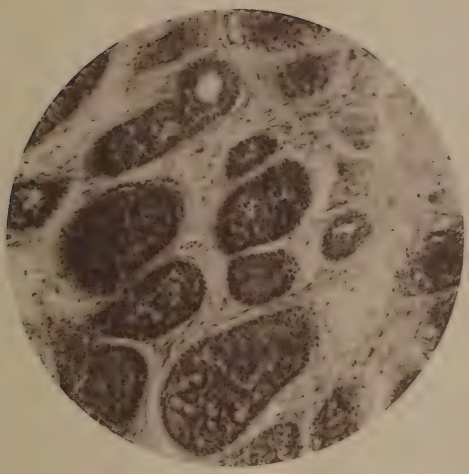
Capa córnea y de Malpighi, sin alteraciones apreciables. El tejido conjuntivo inmediatamente subyacente á estas capas, no presenta proliferacion de núcleos ni alteracion apreciable en sus trabéculas. Lo mismo sucede en las demás capas constitutivas de la piel.

En una palabra, el tumor que se detiene al llegar á los lóbulos grasosos sub-dérmicos, está perfectamente localizado al sistema de las glándulas sudoríparas. Es en la region en que asientan los tubos arrollados ó pelotones de estas glándulas, que el desarrollo de la neoformacion alcanza su apogeo. Pero no vaya á creerse que es ésta la única parte afectada del sistema sudoríparo. Los tubos rectos ó terminales de estas glándulas, hasta antes de penetrar en las capas epidérmicas, presentan alteraciones, que considero como grados iniciales de las observadas en los mismos tubos, en sus sitios de origen.

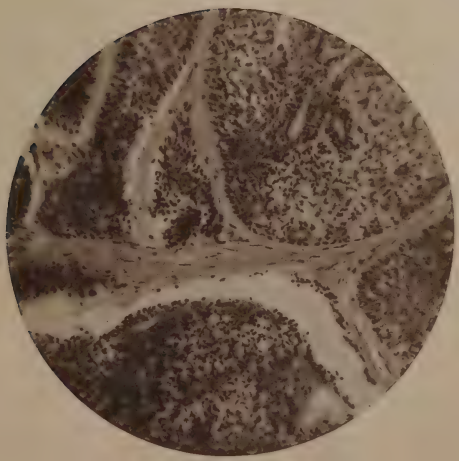
Las alteraciones de los tubos terminales y las de los pelotones sudoríparos, van á ocuparme nuevamente.



Nº 1



Nº 2



Nº 3

Las modificaciones observadas en los tubos terminales, consisten en una multiplicacion de los elementos epiteliales que limitan su cavidad. Esta multiplicacion tiene por resultado, hacer doble ó triple el revestimiento de los tubos glandulares, llegando en algunos casos, los menos es cierto, á llenar completamente la luz del tubo escretor. Estas células sin embargo, no presentan aquí modificaciones en su aspecto y disposicion, que las hagan diferenciarse de las células glandulares.

Las alteraciones en los pelotones sudoríparos son de diversos grados.

En un primer estado, los tubos de la aglomeracion sudorípara aparecen dilatados y su luz ocupada por una sustancia transparente, no tingible y con una que otra célula aislada. Los elementos celulares de la pared de los tubos glandulares, se hallan alejados y aplastados por la distension tubular, pero no presentan más que una sola fila regular de células epiteliales limitantes.

Los tubos distendidos, lo están en distintos grados, y en un mismo lóbulo sudoríparo puede verse gran variedad á este respecto. Algunos alcanzan en su dilatación, á adquirir seis ó siete veces el calibre normal.

El grado de distensión, representa por lo general el doble ó triple del calibre habitual. No todos los tubos se hallan dilatados.

A esta distension glandular, acompaña un brotamiento de los tubos, que dá á éstos, cuando son interesados por el corte en el sentido de su longitud, un aspecto arborescente. Además, y por esta multiplicacion de los tubos, el número de éstos contenidos en cada lóbulo sudoríparo, está enormemente aumentado.

En este primer grado de la alteración, sin embargo, todos los tubos conservan su luz bien recta y la producción patológica, reproduce todos los caracteres de la glándula original. Es, en una palabra, un verdadero adenoma.

Pero los tubos sudoríparos así modificados, son la inmensa minoría. Es en efecto imposible en la mayor parte de los tubos que constituyen la masa principal del tumor, distinguir la luz de las cavidades glandulares.

El sitio á éstas reservado, todavía limitado por bandas con-

juntivas, hállase repleto y distendido por masas celulares, que han perdido ya su estructura glandular.

Esta evolucion hacia la formacion epitelial atípica, comienza con una proliferacion del revestimiento celular de los tubos dilatados.

La capa epitelial que limita la cavidad de éstos, no es ya única. Presenta por lo comun, dos ó tres filas celulares. La mas externa y aplicada á la pared conjuntiva, está constituida por células cúbicas de núcleo alargado, colocado en la extremidad basal de la célula. Yustapuesta á esta capa marginal, hállanse una, dos y mas, formadas por células poliédricas ó redondeadas, de núcleo grande, alargado, vesiculoso, poco tingible, con una ó dos granulaciones nucleares que se tiñen intensamente. Estos tubos así modificados, emiten prolongaciones, que se insinúan en el tejido conjuntivo y que tienen su mismo arreglo y tipo celular.

Un grado mas en esta formacion y se encuentran, en lugar de tubos de revestimiento epitelial espeso, cordones macizos de células.

Es esta la forma mas comun de la neoformación, y estos cordones celulares macizos, forman principalmente la masa del tumor.

No han invadido sin embargo estas masas epiteliales el tejido conjuntivo y diseminándose por él.

Se hallan apretados y comprimidos, en los espacios antes reservados á los tubos glandulares y netamente limitados por bandas periféricos de tejido conjuntivo.

Esta transformacion de una simple proliferacion tubular en una masa celular atípica, permaneciendo hasta este momento esos cordones macizos celulares, en los espacios reservados en un principio á los pelotones sudoríparos, me han hecho designar á este tumor como adenocarcinoma enquistado. La denominacion epitelioma adenoide, empleada por Darier, me parece igualmente aceptable, añadiéndole en este caso la palabra enquistado, que indica la falta de difusion del tumor histológicamente, y clínicamente se revelaría tal vez, por una menor rapidez de desarrollo, y por lo tanto por una mayor benignidad.

TUMOR DEL LÓBULO DE LA OREJA

Los cortes para los exámenes microscópicos, han sido hechos en un fragmento, que comprendía por uno de sus extremos la piel sana que recubre la mayor parte del tumor y por el otro, avanzaba hasta el centro de la ulceracion antes señalada.

Este tumor revela ya á un primer exámen, tener igual orígen que el que hace un momento ha sido descrito, reproduce su situacion y su forma de conjunto, pero presenta además de su grado mas avanzado de desarrollo, diferencia de detalles importantes á señalar.

Las capas córneas y las de Malpighi con sus prolongaciones inter-papilares, no presentan modificaciones en las porciones de tumor no ulceradas. Pero al aproximarse á la ulceracion, sin alteracion apreciable de sus elementos característicos, la capa de Malpighi hace mas acentuadas sus prolongaciones que alcanzan una verdadera hipertrofia, en la vecindad de los bordes de la pérdida de sustancia. Se alcanzan considerablemente, hundiéndose hacia las partes profundas, sin perder jamás sus límites netos y las células constituyentes sus caracteres ordinarios. No llegan nunca hasta el contacto del tumor, del que quedan bastante separados.

Al llegar al rodete que limita la ulceracion, la capa córnea se espesa considerablemente y se levanta con la capa de Malpighi de un modo notable, sobre el nivel de la piel sana vecina; terminándose ambas repentinamente y como talladas á pico. En toda la extension de la ulceracion, no hay vestigios de capas epidérmicas. En lugar de dermis, existe un aglomerado formado por detritus granulosos, bandas de fibroma y glóbulos rojos, y una que otra célula aislada.

En algunos puntos, esta masa necrótica presenta tendencia á organizarse, viéndose en su periferia aparecer algunos vasos de paredes delgadas, rodeados de tejido conjuntivo embrionario.

En ninguna parte esta microbiosis de los tejidos alcanza hasta el tejido propio del tumor, ni se ve á éste jamás en disgregacion formando el fondo de una pérdida de sustancia. Está por el contrario separado de estos tejidos necróticos por bandas conjuntivas.

Otro carácter que aparece en el tumor de la oreja, es la

gran infiltracion de núcleos inflamatorios y el desarrollo de vasos, que se observan en los haces conjuntivos que separan los cordones celulares.

Esta infiltracion inter-celular alcanza su máximum, en la vecindad de la ulceracion dérmica.

Respecto á la formacion celular que constituye la masa del tumor, aquí ya sus elementos son netamente atípicos. No hay siquiera un solo lóbulo del tumor, que indique tendencia á reproducir el tipo glandular original. Todo es francamente canceroso.

Además, las masas epiteliomatosas no guardan ya sus límites netos, ni se hallan perfectamente encerradas como sucede en el tumor nasal, en espacios que por su forma y situación recuerdan las capas glandulares primitivas. Han invadido el tejido conjuntivo, conservando siempre sin embargo su estructura alveolar.

Llaman la atencion el gran número de células que se hallan en cariolisis, no habiendo particularidad digna de mencion, en las formas sintósicas observadas.

Algunas glándulas sebáceas observadas en estos cortes, muestran su absoluta independencia del tumor y su completa integridad.

Agosto 23 de 1894.

Cátedra de Física Médica

APLICACIONES MÉDICAS DE LA ELECTROLISIS

Lección del Profesor Doctor **Jaime R. Costa**

La *electrolisis* es de un uso bastante extendido en medicina, y aunque su aplicacion ha pasado hoy un tanto de moda, no es posible negarle resultados muy satisfactorios en muchas enfermedades.

Cuando una corriente recorre los tejidos, puede considerarse al organismo como una vasta solucion salina, en que los ácidos se acumulan en el polo positivo y los álcalis en el negativo. Cada uno de ellos ejerce en esos puntos la accion cauterizante que le es propia, los ácidos produciendo una

escara dura y retráctil, los álcalis una escara blanda y difluente.

Su empleo como cauterio ofrece además ventajas parecidas á las del galvanocauterio, puesto que puede introducírseles protegidos y sin funcionar hasta cavidades suficientemente profundas para reputarlas inaccesibles á otros medios de cauterizacion. Por otra parte, segun Onimus y muchos electroterapeutas, la electrolisis actúa sobre los tejidos determ nando modificacionos nutritivas muy dignas de tenerse en cuenta, modificaciones que se producen un poco más tarde que la accion química. Así, cuando se emplea ese procedimiento en los aneurismas, tumores eréctiles, etc., muchos núcleos de induracion aparecen horas despues de haberse realizado la cauterizacion electrolítica.

Cuando el polo cauterizante es el negativo, pueden usarse agujas de acero, pero si es positivo, — como el acero bajo la influencia de los ácidos se oxida muy rápidamente, — es menester recubrirlas en bastante extension de un barniz aislador, que se adhiere mucho mejor en ese polo que en el negativo, ó bien construirlas de oro ó platino, metales menos sólidos sin embargo, y que debiendo emplearse entonces de mayor grosor hacen dolorosa la intromision de las agujas.

Si se quiere aprovechar especialmente la accion quimica, deben utilizarse pilas en que esa accion sea rápida y considerable; bastan para ello 4 ó 5 elementos Bunsen ó de bisulfato de mercurio. Si por el contrario se busca con la electrolisis, lo que podríamos llamar efectos fundentes, debe tenerse menos en cuenta la accion química y acentuar más la tension en la agrupacion de las pilas, uniendo por ejemplo 30 ó 40 elementos pequeños de sulfato de cobre. Con ellos ha obtenido Onimus en solo 4 sesiones la fusion de un lipoma de la cara, del tamaño de un huevo, del cual fluian bajo la influencia de la operacion grandes cantidades de líquido oleoso.

Como tipo general para las aplicaciones electrolíticas, aconsejaríamos los aparatos de Gaiffe con pilas de cloruro de plata. El operador no debe preocuparse en general, de dar salida á las burbujas gaseosas producidas por la accion química. En la mayor parte de los casos son muy pequeñas y fácilmente absorbibles por los tejidos. Cuando solo se usa uno de los polos en la accion electrolítica, como es lo ordi-

nario, el otro polo se coloca en cualquier punto del cuerpo (Polo indiferente). Casi siempre, entonces, para evitar la incomodidad de su accion irritante se le dá la forma de un rodillo de carbon, giratorio, recubierto de gamuza húmeda que se hace deslizar sobre una ancha plancha de yesca mojada en agua salada; así sus efectos no son perceptibles.

Los aneurismas fueron de los primeros tumores en que se aplicó la electrolisis, por Ciniselli, médico italiano. La accion coagulante de esta operacion sobre la albúmina del huevo, incitó á buscar los mismos efectos en la albúmina de la sangre. Ciniselli, usaba para obtener el coágulo, el polo negativo, siendo el positivo polo indiferente. Dujardin Beaumetz, que es partidario del método, prefiere el polo positivo, como polo activo, pues el coágulo que éste produce es duro y retráctil, capaz de reforzar la pared del saco aneurismal y no uno blando, difluente, arrastrable por la sangre como el que se origina con el polo negativo.

La disposicion adoptada es muy sencilla; una ancha placa se coloca en el muslo y unas finas agujas de oro ligadas entre sí por pequeñas pinzas, se introducen en el saco al través de su pared uniéndolas despues á hilos que les ponen en relacion con el polo positivo. Para mayor comodidad, las agujas pueden introducirse y sacarse con un aparatito especial que lo hace muy suavemente.

A pesar de ello, si terminada la operacion se notaran dificultades para extraerlas, lo mejor es hacerles pasar durante un momento electricidad negativa. Las agujas están aisladas, para no cauterizar la pared del saco é inflamarla (peri-arteritis, etc.) (lo cual es el principal peligro de la operacion), por medio de un barniz de vidrio ó de goma-laca. La intensidad usada es de 20 á 35 milliámperos obtenida con 24 elementos más ó menos y la corriente se hace pasar por cada aguja 5 ó 6 minutos, durando toda la operacion media hora. Se comprende que semejante procedimiento sólo es aplicable en los aneurismas inmediatos á la aorta, ó en otros mas alejados de ella en que la ligadura ó la compresion es imposible. Aunque este método ha escollado á veces, no por la produccion de embolias que son raras, sino por la cauterizacion del saco aneurismal perceptible por la formacion de escaras grises alrededor de las agujas, en muchas otras ha reforzado su pared, dándole así más solidez y haciendo desaparecer lo

dolores. Sin embargo, la única pared reforzada es generalmente la exterior, y por lo tanto, una porcion limitada del aneurisma.

Se usa tambien la electrolisis para la destruccion de tumores eréctiles, algunos de ellos muy grandes, para la cauterizacion de tumores hemorroidales, de varicoceles, para destruir las estrecheces del cuello del útero, congénitas ó por flexiones. Se han hecho tambien con ella, conductos artificiales (vaginas por Lefort), se han destruido grandes tumores elefantiásicos, usándose en este caso por Moncorvo, lo que él llama la electrolisis listeriana ó aséptica.

En el tratamiento de las estrecheces de la uretra, la electrolisis ha tenido hasta hace poco una reputacion envidiable y aun hoy, muchos prácticos la consideran ventajosa. Se usan para aplicarla sondas protegidas por cautchouc hasta cerca de la punta (Tripier), ó guias con una ranura que permite el deslizamiento del polo negativo de forma análoga al uretrótomo de Maisonneuve. El polo positivo se halla en relacion con una ancha placa recubierta de gamuza que se coloca sobre el muslo. La intensidad usual es de 15 á 20 milliámperos y la duracion de la aplicacion de 5 á 6 minutos, tiempo suficiente para vencer la estrechez, y dejar pasar por ella la sonda electrolítica y las comunes que posteriormente se destinen á mantenerla dilatada. Sus adversarios afirman, sin embargo, que la cicatriz dejada por la electrolisis es tan retráctil, como la de la misma estrechez. Un procedimiento análogo al empleado en la uretra se ha aconsejado para tratar las estrecheces del esófago.

La epilacion se hace tambien muy fácilmente por medio de la electrolisis, reduciéndose el manual operatorio á usar como polo activo el negativo, poniéndole en conexion con una fina aguja de acero que destruye el bulbo capilar. El procedimiento se debe á Lefort (1877) y parece que el pelo no renace y mucho menos con la fuerza de esos pelos *arrancados*, triangulares, que llegan á implantarse en el dermis hasta 7 milímetros de profundidad.

En la destruccion de tumores suelen á veces usarse como activos los dos polos. En ese caso se coloca una aguja anódica central y varias catódicas en la periferia que cada diez minutos se cambian de sitio, hasta circunscribir completamente el tumor que á los tres ó cuatro dias se ennegrece y cae.

Se ha usado además la electrolisis para destruir el espolon del ano contranatura y se ha aplicado tambien en la destruccion de la vitalidad de los equinococos en los quistes hidatídicos. Servandouski, usa en estos casos un electrodo de zinc que con el cloruro de sodio de líquido hidatídico, forma cloruro de zinc naciente, cuya accion cauterizante tiene que ser mas eficaz. Onimus usa un método análogo en el tratamiento del hidrocele, introduciendo dentro de la túnica vaginal una solucion de ioduro de potasio prévia aspiracion del derrame. Un electrodo de platino que en ese caso es positivo, penetra aislado al través del trócar, y descompone el ioduro de potasio dando orígen á iodo naciente que cauteriza y modifica así la superficie de la serosa.

Ultimamente se ha aconsejado tambien la electrolisis para determinar la entrada de medicamentos al través de la piel, y se afirma que la cocaina, etc., penetran de ese modo al través de los tejidos produciendo en ellos su accion propia. Lo mismo se hace con el ioduro de potasio empapando el polo negativo en una solucion de esa sal y colocando el positivo á corta distancia, de manera que al descomponerse la sal por la corriente, atraviese el iodo naciente los tejidos (una articulacion con reumatismo, por ejemplo) dirigiéndose al polo positivo;—Boccolari y Nanzieri han muerto conejos en los cuales hacian penetrar estricnina por medio de la electrolisis. Edison ha aconsejado tambien, recientemente, tratar los tophus uráticos de los gotosos por soluciones de una sal deletérea que los disuelve y que penetra á través de la piel por medio de la electrolisis. El procedimiento se llama *Cataforesis*.

ALEJAMIENTO DE LOS RESÍDUOS CLOACALES

Canalizacion parcial—Sistema convergente

Informe del Dr. **Enrique Revilla**
Director del Hospital San Roque y Profesor sustituto de higiene

Señor Director de la Asistencia Pública:

Tengo el agrado de elevar á la consideracion del señor Director, el informe que se sirvió encomendarme referente al «mejor sistema de evacuacion de las inmundicias de un

hospital, que no puede ponerse en conexion con las cloacas».

Es indudable que si las materias residuarias y excrementicias no pueden ser *inmediatamente* trasportadas á una distancia que asegure su inocuidad, como sucede en los casos en que es posible emplear la circulacion contínua por canalizacion subterránea, debemos por lo menos tratar de que su permanencia cerca de las habitaciones sea llevada al minimum de tiempo posible, y esto en condiciones que aseguren contra los peligrosos procesos de fermentacion y descomposiciones, por que fatalmente tiene que pasar la materia orgánica antes de volverse inofensiva.

Excluida la canalizacion, nos queda á examinar diversos sistemas, que en síntesis pueden reducirse á tres tipos principales:

1º. Fosas fijas.

2º. Fosas movibles.

3º. Canalizacion *parcial* neumática (sistema Liernür).

Respecto del primero, podemos eliminarlo sin mayor exámen; es el sistema creado por Moisés, á la par de una série de preceptos de órden higiénico de mérito indiscutible, que revelan en el jefe del pueblo hebreo, al varon previsor y verdaderamente sábio para su época, pero que hoy constituiria un anacronismo incorporado á la urbanizacion.

Este sistema, que consiste en entregar al suelo sin ningun intermediario, las deyecciones y excreciones humanas, es sin duda un eterno conspirador contra la salud. La infeccion del suelo es irremediable, lo que equivale á decir agua impura, aire insalubre, atmósfera impregnada de gérmenes morbosos, constituyendo un factor seguro y permanente de insalubridad.

Los partidarios de este sistema han tratado de rehabilitarlo asegurando que la fosa *impermeable*, anula los inconvenientes de la fosa fija primitiva. Prescindiré de los inconvenientes que se refieren á la viciacion del aire de las habitaciones, determinadas por las diferencias de presion, para referirme exclusivamente á las observaciones de Wolffhügel. Este higienista ha encontrado en un sinnúmero de excavaciones practicadas alrededor de fosas denominadas impermeables, que el suelo se encontraba infectado alrededor en zonas que variaban entre dos y seis metros, cual-

quiera que fuese la sustancia aisladora (hierro, mortero, cemento, asfalto, etc.) En la gran mayoría de los casos la capa subterránea se encontró contaminada.

Agreguemos á estos peligros lo incómodo y costoso de la extraccion cuando los depósitos se encuentran llenos, y se verá que todavia hay marcada benevolencia en calificar á este sistema de detestable.

Fosas movibles. — Este procedimiento consiste en coleccionar temporariamente las materias excrementicias, para proceder luego á su extraccion.

Usado en el Hospital de Clínicas hasta el año 93, ha revelado inmensas ventajas sobre el anterior, pues la llamada propiamente *letrina* queda suprimida como agente de infeccion, por medio de dispositivos apropiados.

El modelo mas sencillo y el usado en dicho hospital, consistia en una vasija rectangular de hierro, que se colocaba debajo del armazon de mamposteria ó madera, destinado á recibir al visitante, y á la que se agregaba una cantidad de tierra seca ó sulfato ferroso proporcional á su capacidad. Colocadas las cubetas receptoras, coincidiendo con aberturas practicadas en el muro, podian ser sacadas por el exterior; operacion que se practicaba tres ó cuatro veces diarias, siendo trasportadas á un depósito comun situado en un extremo del hospital, y de donde quincenalmente se efectuaba la extraccion por el conocido sistema de carros preparados préviamente para la aspiracion de las materias.

Los modelos de estos aparatos se han perfeccionado notablemente entre los ingleses, llegando á remediar muchos de los inconvenientes que se refieren al reservorio mismo. Contando con que el desaseo y la desidia caracterizan especialmente á la gente que puebla los hospitales, han evitado el confiar á ella ningun detalle de higiene; todo debe ser automático, limpieza, desinfeccion del aparato, renovacion de la cubeta, etc. A esto responde el modelo llamado «Earth Commode» en forma de silla, en cuyo respaldo se encuentra un cajon destinado á contener el desinfectante, el cual se escapa á beneficio de una polea que comunica con el asiento, y que al ponerse tensa por el solo peso del visitante, deja expedita la comunicacion con el recipiente.

Los ingleses han preferido como agente de desinfeccion

mas eficaz, á la vez que barato, la tierra bien pulverizada y desecada.

Las ventajas de este sistema consisten:

1º. En que se suprime la letrina en la habitacion, sustituyéndola por un coleccionamiento transitorio.

2º. Que los gases, teniendo fácil salida al exterior no penetran al recinto habitado.

3º. Que tratándose de grandes establecimientos, todas las letrinas quedan reducidas á una sola (depósito comun).

Veamos los inconvenientes:

1º. Hay que distraer una parte del personal para el contínuo trasporte de las materias.

2º. La promiscuidad de esos empleados con el resto del personal, puede presentar inconvenientes para algunos servicios como los de cirugia, donde los enfermeros poco cuidadosos, pueden ser agentes de vehiculacion de impurezas y gérmenes infecciosos.

3º. La extraccion semanal ó quincenal, suprime un gasto crecido y una operacion siempre desagradable, por cuanto los olores ingratos se difunden en todas direcciones, mientras dura la operacion.

Hay pues que convenir en que, no obstante sus ventajas sobre las fosas fijas, no es un sistema que esté exento de inconvenientes, pues á falta de cloacas, el ideal del sistema debe consistir en el inmediato alejamiento de las inmundicias de todo género, lo que en parte se realiza con el «vaciamiento neumático» ó sea el —

3º. *Sistema Liernür.* — Canalizacion y aspiracion.

Ideado por el holandés Liernür, capitan de ingenieros, «consiste especialmente en crear una especie de letrina fija, impermeable y comun á todo un grupo de poblacion, á cuyo depósito único son conducidas por tubos igualmente impermeables y por medio de la rarefaccion mecánica, las materias procedentes de los retretes, quedando así suprimida la letrina particular».

En este sistema la aspiracion de las materias se verifica en seco, y las aguas servidas y pluviales marchan por tubos distintos de los cloacales propiamente dichos. La capacidad de los pozos se calcula de manera á efectuar la extraccion de su contenido dos veces por semana.

Aun cuando los autores no mencionan las causas del

disfavor en que cayó este sistema, hasta el punto de que actualmente solo se usa parcialmente en una ó dos ciudades de Holanda, creo que su poco éxito debe atribuirse á lo complicado del mecanismo, pues los tubos colectores son construidos en sifon sucesivo, tal como lo indica el esquema adjunto. Además, la cañeria en vez de ser única como en el sistema de *tout à l'égout*, es múltiple, lo que exagera desmedidamente su costo. Y por último, efectuándose la aspiracion sin agregar agua á las materias fecales para su dilucion, es de suponer que las obstrucciones han de ser frecuentes.

Encuentro en estos inconvenientes una objecion séria al sistema neumático, y á fin de conciliar las necesidades higiénicas con las económicas, á la vez que la mayor facilidad en las instalaciones y en su funcionamiento, yo propondria un sistema mixto, que denominaré:

4º. *Sistema convergente.*—Con este sistema me propongo obtener todas las ventajas de la canalizacion parcial, suprimiendo la aspiracion para la circulacion de las materias cloacales, y realizando la fórmula de *tout á l'égout*. Le llamo convergente, porque la disposicion de los colectores en el sistema Liernür es radiada, correspondiendo el depósito precisamente al centro de la zona servida, mientras que en éste todas las cañerias convergen hacia el colector único que estaria situado *fuera del establecimiento* y á una distancia cuyo máximum podria fijarse en cien metros, á fin de que su vaciamiento no ofreciera los inconvenientes antes enumerados, á la vez que fuera fácil su inspeccion por los mismos empleados de la casa.

Debiendo circular las materias en este sistema, por gravitacion, su construccion impone la pendiente necesaria y una provision de agua abundante. Las dos cosas son perfectamente factibles, pues debiéndose aplicar este procedimiento donde no existen cloacas ni aguas corrientes, la habilitacion de un pozo semi-surgente es indispensable, y él serviria para proveer del agua debida á la vez que para los demás usos.

En cuanto á la pendiente seria banal insistir, bastando para una cañeria de poca extension en longitud la proporcion de 1 : 150 ó 200.

Las aguas servidas de todo género deben ir á la colectora

comun, haciendo solo excepcion las pluviales que serian llevadas por alcantarillas propias, á cualquier sitio de pendiente, pues no habria objeto en llenar el depósito con líquidos perfectamente inócuos y que pueden circular por la calle ó terrenos abiertos, hasta incorporarse á la masa comun que es llenada por las inclinaciones naturales del suelo.

DESTINO Á DAR Á LAS MATERIAS FECALES

Segun se quiera aprovecharlas para la irrigacion de terrenos estériles ó para otros usos, deberá variar la construccion del depósito terminal.

En el primer caso bastaría extraer el contenido tal como se encontrara en el depósito; en el segundo, habria que emplear el sistema divisor, que permite obtener los sólidos aparte de los líquidos.

Hasta hace muy poco tiempo, las materias fecales servian en nuestra Penitenciaria para fabricar combustible, siendo casi el único empleado en el establecimiento. Por medio de máquinas apropiadas se hacia una pasta cuyos componentes la constituían dichas materias incorporadas á la paja y el alquitran; se les daba la forma de los ladrillos de construccion y una vez desecados, se empleaba para alimentar los hogares de las cocinas y motores.

Creo que el procedimiento ha sido abandonado, debido á que la economia obtenida no basta á compensar lo desagradable de la operacion. Por mi parte, me abstendria de aconsejarlo aun en el caso de una ventajosa diferencia económica.

CAPACIDAD DEL DEPÓSITO

El receptor terminal debe calcularse con arreglo á las pérdidas diarias del individuo, al número que el establecimiento deba alojar y á la cantidad de aguas servidas, todo ello en concepto á que la extraccion se verifique solo quincenalmente, pues mas aproximada seria motivo de inconvenientes y gastos de alguna consideracion.

Tomando el promedio individual de los desperdicios, tendríamos por dia y por persona:

Heces.....	180 gramos	Igual á 26.380 gramos
Orina.....	1200 »	
Aguas servidas.	25 litros	

Suponiendo trescientos individuos, la cantidad diaria de sustancias residuarias estaria representada por siete mil novecientos catorce litros y en quince dias ciento diez y ocho mil setecientos diez litros, lo que dá para la totalidad del depósito una capacidad de *ciento veinte metros cúbicos* (120 m^3).

En cuanto á la clase de los materiales á emplear, seria conveniente hacerlo de palastro si los recursos lo permitieran, ó de piedra revestida de mortero ó cemento exteriormente, en caso contrario.

Al dar por terminado mi informe, tengo el agrado de saludar al señor Director General con mi mayor consideracion.

Buenos Aires, Setiembre 28 de 1894.

CASOS CLINICOS

HERNIA CONSECUTIVA Á UNA TALLA HIPOGÁSTRICA

Por **Adolfo Flores**

Interno del servicio de cirugía del Hospital San Roque

R. Carlos, 36 años, francés, mecánico. Entra al hospital el 5 de Setiembre de 1894. Sala 4ª, núm. 17.

Antecedentes.—Alcoholista. Operado por el Dr. Castaño, de talla por cálculos vesicales, en Febrero del 93; salió curado en Marzo.

Vuelve despues á sus ocupaciones habituales de mecánico. En Agosto ó Setiembre del mismo año, en un esfuerzo que hizo, sintió que algo se le desgarraba en el bajo-vientre y le apareció en seguida un tumorcito en la cicatriz de la talla hipogástrica, tumorcito que fué creciendo despues poco á poco.

Estado actual.—Hombre bien constituido. En el hipogastrio, inmediatamente encima del púbis, presenta una cicatriz vertical de unos 8 centímetros de largo, ancha, sobre todo en su parte superior. Estando el paciente de pié, aparece al nivel de la mitad inferior de la cicatriz, un tumor blando, reductible con gorgoteo, sonoro á la percusion, del tamaño de una mandarina y de forma semi-esférica regular. El tumor aumenta con los esfuerzos. Reduciéndolo, se percibe fácilmente con el dedo el borde superior, muy neto, del orificio herniario. El tumor aparece inmediatamente arriba del púbis y no comprende sinó la mitad inferior de la cicatriz.

No hay desórdenes del aparato génito-urinario.

Las incomodidades que esta hernia produce al enfermo, le impiden trabajar.

Operacion.—Septiembre 11 de 1894. Prévia anestesia por el éter, el Dr. Justo hace uua incision mediana de 6 centímetros sobre la cicatriz; cortada ésta y un ligero plano célulo-fibroso, se llega al saco herniario en continuidad bien clara con el peritoneo, lo que se comprueba abriéndolo; se diseca el saco hasta llegar al cuello de éste, que es bien ancho; se pone tres puntos de sutura en cadena en el pedículo y se le extirpa.

Durante los esfuerzos del enfermo, el dedo del operador es oprimido entre los músculos rectos del abdómen en contraccion. Cuatro puntos de sutura con seda gruesa unen los planos musculares de ambos lados; sutura de la piel; curacion antiséptica que no se levanta hasta el dia 19 de Setiembre. Se cortan los hilos de la sutura y se coloca otra curacion que se levanta definitivamente á los tres dias.

—

Este enfermo fué operado de talla hipogástrica en el servicio de urinarios de este mismo hospital, á cargo del doctor Castaño, quien ha confirmado los datos encontrados en esta historia. La herida operatoria de la talla supuró algunos dias; el enfermo dice haber tenido vómitos durante muchos dias despues.

Antes de la operacion, no podia saberse si habia saco. Insistimos en la existencia de éste, que se explicaria habiendo, en la herida operatoria de la talla, dejado á descu-

bierto el peritoneo, sin herirlo; quedando éste despues libre, sin las partes resistentes de la pared abdominal, ha ido ensanchándose hasta formar el saco herniario.

Hacemos esta publicacion en vista de que, á juzgar por la falta de casos publicados, debe ser rara esta clase de hernias; no nos ha sido posible encontrar uno semejante en los tratados que hemos consultado ni en las revistas del país. Se trata, pues, de una complicacion posterior que se debe tener en cuenta en las operaciones de la talla hipogástrica.

TRATAMIENTO DE LA DIFTERIA POR LAS ANTITOXINAS

Comunicacion de M. Roux al Congreso de Buda-Pesth

En prensa ya el presente número, las revistas europeas nos traen los detalles de la comunicacion de Roux sobre el tratamiento de la difteria.

Los diarios políticos han hecho tanto ruido con motivo de lo que se ha llamado el «descubrimiento de Roux»; tanto se ha exagerado, hasta por algunos médicos, el alcance de este nuevo trabajo del distinguido discípulo de Pasteur, que no podemos dejar de resumir sus principales conclusiones, ofreciendo á nuestros lectores para el próximo número un estudio comparativo de este método con los otros nuevos de tratamiento de la difteria.

Digamos desde luego, aunque lo saben bien nuestros lectores, que no se trata de un «descubrimiento». Los hermosos estudios de Behring y Kitasato sobre los sueros antitóxicos datan del año 92, y los ensayos de tratamiento de la difteria por este medio son numerosos. Bastará recordar los nombres de Behring, Erlich, Boer, Kossel, Wassermann, etc. El trabajo de Roux no es pues sinó la prosecucion de los estudios iniciados en Berlin por Behring y Kitasato.

Roux usa el caballo para obtener su suero antitóxico con el cual ha hecho previamente experiencias que concuerdan enteramente con las de los otros experimentadores mencio-

nados. Los enfermos tratados han sido 448, que han proporcionado una mortalidad de 24.33 %. Generalmente han bastado dos ó tres inyecciones, con intervalos de 24 horas, de 20 cc. de suero; estas inyecciones no son dolorosas y si son hechas con las precauciones antisépticas requeridas, no determinan accidente alguno.

El estado general queda excelente; las falsas membranas cesan de aumentar en las 24 horas que siguen á la primera inyeccion; despues de 36, 48 ó 62 horas, se destacan generalmente.

La temperatura baja á menudo desde la primera inyeccion, bruscamente; si persiste en las anginas graves, ella no cae sino despues de la segunda ó tercera inyeccion en lisis.

Son estos los principales resultados referidos por Roux; resultados que, como hemos dicho, estudiaremos detenidamente en el próximo número. Ahora bien, ¿ hay motivo para creer que estamos en presencia de un descubrimiento excepcionalmente importante para la terapéutica? En manera alguna.

Roux compara su mortalidad de 24.33 % con la de 51.71 % obtenida de 1890 á 94, antes de aplicar su tratamiento. Pero hay que observar que esta última estadística es sobre 3971 enfermos, mientras que la de Roux sólo se ha hecho sobre 448. ¿ Y quién ignora la excesiva variabilidad de virulencia de la difteria? ¿ Quién no ha visto largas séries particularmente favorables, que hacen la fortuna de todos los tratamientos y que dan una mortalidad á veces menor, mucho menor aun que la señalada por Roux? ¿ Quién ignora, al contrario, que hay otras séries extraordinariamente severas?

Es preciso, pues, esperar y no perder con motivo de estos trabajos la circunspeccion y el reposo que son indispensables en nuestros estudios. ¿Ha olvidado alguien el entusiasmo verdaderamente irracional que la linfa de Koch despertó en médicos y profanos?

Sin ser pesimistas, entusiastas admiradores de las conquistas de la bacteriología y esperando mucho en sus progresos, no creemos, repetimos, que haya motivo para tantas felicitaciones. Y, sobre todo, aun en el caso de que los trabajos posteriores superáran los resultados prometidos, no festejemos solamente al obrero de la última hora; recor-

demos á los iniciadores, mucho mas acreedores á nuestro reconocimiento.

—

Escritas las líneas precedentes, leemos el extracto de un trabajo de Strahlman, publicado en *Algemeine Med. Central Zeitung*, de 21 de Julio último.

Este médico, que ejerce en Wildenshausen (Oldenburg), ha tratado, por el suero antitóxico de Behring-Ehrlich, 48 casos de difteria. Solo ha tenido 3 muertes, 2 por septicemia estreptocóccica y 1 por crup. La mortalidad ha sido, pues, de 6.25 %. ¿No basta para ver cómo varían las estadísticas?

G. A. A.

SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA

TUBERCULOSIS DEL MIOCARDIO

(SESION DEL 10 DE AGOSTO)

El Dr. *Julio Mendez* hace notar que la tuberculosis del miocardio es sumamente rara. Segun un trabajo de *Pollak*, el mas completo y reciente, no hay en la literatura médica sino 27 casos publicados. Segun *Bollinger*, la frecuencia de la tuberculosis cardíaca es casi igual á la de los músculos del esqueleto que ocupan la décimacuarta ó última categoria como frecuencia de tuberculizacion de órganos.

Hace luego una reseña de los principales casos publicados y relata las dos observaciones propias que, unidas al caso de *Noel* (1892), al de Pollak y á los publicados anteriormente, serian el 30º y 31º de los conocidos.

Lo siguiente es extractado del protocolo de la autopsia practicada en la Asistencia Pública, por el Dr. Semprun, el 25 de Octubre de 1893:

«Hombre de 53 años, argentino, de color negro.

El pulmon izquierdo presenta tubérculos caseosos en el vértice, rodeados por tejidos fibrosos y granulaciones miliares únicamente en el lóbulo superior.

En el pulmon derecho no hay tubérculos. Ambas pleuras completamente adheridas—ganglios caseosos en el mediastino. Desde la 7ª vértebra cervical hasta la 7ª vértebra dorsal, detrás del ligamento longitudinal, una gran cantidad de pus cremoso que habia denudado los cuerpos de las vértebras en toda su extension, ulcerándolas al mismo tiempo. Tuberculosis generalizada en el hígado, bazo y en los ganglios del mesenterio.

Corazon.—El pericardio íntimamente adherido al corazon y la pleura derecha por bridas sumamente resistentes. El órgano mismo, aumentado de volúmen á expensas de la aurícula derecha que tiene la forma de un corazon y es del tamaño de una pera de grandes dimensiones, dura al tacto y de color amarillento. Al corte, las paredes están engrosadas variando su espesor de 1 á 1 1/2 ctm.; el tejido es de consistencia lardacea y de color amarillo cen núcleos del mismo color. En el interior de la aurícula hacen prominencia debajo del endocardio, tumores de forma ovoide, algunos del tamaño de un huevo de paloma. En el endocardio mismo hay granulaciones grises y gris-amarillentas, presentando algunas de ellas pérdidas de sustancia en sus vértices. Existen iguales granulaciones, formando una especie de corona alrededor de la desembocadura de las cavas.

El ventrículo derecho es de paredes muy delgadas y disminuida su cavidad por el aumento de volúmen de la aurícula. Las paredes así como las de la tricúspide, están alteradas.

Ventrículo derecho, hipertrofiado. La mitral con bordes espesados, presenta en su centro una granulacion del tamaño de una lenteja, amarillenta, de dos milímetros de altura, haciendo eminencia sobre la cara auricular. En las válvulas aórticas, una de sus valvas presenta otro tubérculo análogo, así como hay otro en la embocadura de la coronaria anterior que no obstruye sin embargo la luz del vaso.

En la aorta ascendente existen cuatro pequeñas granulaciones de igual tamaño é iguales caracteres que las anteriores.

Al microscopio, se observa, haciendo deslizar el corte del uno al otro borde: primero, fibras musculares normales; fibras musculares entre las cuales se vé una ligera infiltra-

cion de células redondas; luego se insinúan granulaciones mas ó menos alargadas formadas por células redondas, otras granulaciones son redondeadas y desvían las fibras musculares á cada lado, encontrándose ya dichas fibras alteradas de modo que su núcleo no es visible, que desaparece su estriacion y por fin en grados mas avanzados el contenido es granuloso, los bordes poco netos, y no toman los colores de tincion. Mas al centro, no se apercibe ninguna fibra muscular, solo existen granulaciones tuberculosas confluentes caracterizadas por la agrupacion de las células propias á la lesion tuberculosa en cuyo centro se vé una celula gigante. Todas estas células están alteradas, su protoplasma no se colorea sino difusamente por la eosina y se percibe entonces solo su forma sin lograr reconocerles ni núcleo, ni granulaciones protoplasmáticas. En la misma region y predominando mas hacia el endocardio, existen formas redondeadas en las que no se reconoce existencia de células sino un tejido de necrósis ó degeneracion.

Algunas veces estas granulaciones se unen formando conglomerados y estando separadas por una semi-circunferencia de células de nueva formacion que parecen como la parte mas periférica del tubérculo que no hubiera degenerado. Otras veces están separados los conglomerados por tejido celular laxo, infiltrado de células redondas mas ó menos abundantes, y por algunos capilares llenos de sangre. Se notan pequeñas hemorragias, tanto entre las fibras musculares, como en los espacios de tejido celular descrito.

Se encuentran en cada corte, bacilos de la tuberculosis en bastante cantidad, desigualmente repartidos y sin dejar conocer bien sus relaciones con el tejido á causa de lo poco neto que toma el contracolor.

En resúmen: infiltracion tuberculosa de toda la aurícula derecha con invasion del endocardio; tuberculosis de la mitral, sigmoideas aórticas é íntima de la aorta. Tuberculosis pulmonar parcial unilateral y espondilitis tuberculosa cérvico-dorsal, etc.

Tanto en este caso como en el de Pollak, la tuberculosis pulmonar presentaba cierta tendencia á la transformacion fibrosa; la tuberculosis vertebral, tuberculosis generalizada, etc., el hígado, bazo y ganglios del mediastino. Por fin, tuberculosis de la aurícula.

El 2º caso, aunque menos importante por ser la forma mas conocida, es el corazon de un niño de 2 años, muerto por tuberculosis miliar generalizada. En el corazon (que desgraciadamente no pudo ser abierto á causa de un incidente) se veían tres ó cuatro tubérculos, del tamaño de una arveja de color amarillo blanquizco situados bajo el epicardio.»

Aunque reducido el número de casos, prueban sin embargo suficientemente, la existencia de las lesiones tuberculosas en el miocardio, sobre todo los casos mas modernos, en que se ha demostrado la existencia del bacilus en los cortes histólogicos.

En la casi totalidad de las observaciones, la tuberculosis ha sido secundaria; solo se conoce el caso de Demme como tuberculosis primitiva.

Existian tubérculos únicamente en el corazon, y se encontraron baccilus en ellos. Podria contarse tambien como primitiva el de Hirschsprung, que en una miliar universal encontró grandes núcleos caseosos en el corazon, lo que hace suponer por ancianidad de lesion, su primitividad, y por fin el reciente de Cnopf, relatado anteriormente.

Las formas en que se presentan los tubérculos en el miocardio pueden ser divididas en tres, como lo hacen los autores que de ellos se ocupan: Miliar—grandes nódulos- difusa ó infiltrada.

La primera es la mas frecuente, se le observa sobre todo en los niños, acompaña la miliar universal y á los grandes tubérculos. Existe solo en el miocardio, rara vez complicada de pericarditis simple ó tuberculosa, y mas rara vez aun con tuberculosis del endocardio. Microscópicamente se ven como pequeños gránulos del tamaño de una cabeza de alfiler ó de una pequeña arveja, de color gris perla, blanco azulado ó ligeramente amarillento. Sitúan bajo el endocardio ó el pericardio sanos, viéndoles por transparencia, ó bien en el espesor del músculo, en las trabéculas y en los papilares. Al microscopio se les encuentra á lo largo de los pequeños vasos, entre las fibras musculares á quienes separan ó destruyen. A veces provocan en su periferia una ligera irritacion inflamatoria. Presentan cé-

lulas gigantes, algunas veces baccilus, aunque en escaso número, etc.

Los grandes tubérculos son mas raros, se encuentran conjuntamente con la tuberculosis crónica de otros órganos. El tamaño varia desde un poroto al de un huevo de gallina, como en el caso de Pollak ya citado. Son confluentes ó aislados en número de 1, 2 á muchos; forman tumores irregulares, desiguales, con elevaciones del lado de la cavidad, mas rara vez del lado externo. Su consistencia varia, ofreciendo puntos reblandecidos en el centro, y duros como fibrosos en otros.

La pericarditis no es de regla, y cuando existe es mas frecuentemente adhesiva simple que tuberculosa, como se creia antes. Los ventrículos son mas frecuentemente atacados que las aurículas, aunque parece mas exacto decir que se presentan casi con igual frecuencia en unos como en otras.

Al microscopio se observan las degeneraciones caseosa, fibrosa, etc., en algunas infiltraciones de células rodondas, células gigantes, detritus y muy pocos ó ningun baccilus.

La forma difusa ó infiltracion tuberculosa mas propiamente dicha, es la mas rara de las tres, y nuestro caso es el mas interesante de los dos ó tres que se conocen en la literatura respectiva. Invaden la pared de una ó varias cavidades, transformándola en una cáscara rigida engrosada ó deformada por eminencias desiguales y á veces voluminosas, predominando del lado del endocardio, al cual á veces invaden, produciendo granulaciones pequeñas mas ó menos confluentes y que suelen ulcerarse. Produce cambios en las otras cavidades por compresiones ó invasiones ó por desequilibrios funcionales, tales como hipertrofias, atrofias, dilataciones, etc. La lesion se desarrolla en el músculo sano ó alterado de antemano por una miocarditis, como en el caso de Sander.

Las partes atacadas se presentan de color amarillento, de consistencia dura, lisa del lado del pericardio, que está á veces atacado por una pericarditis, adhesiva simple, á veces tambien aunque mas raro, con producciones tuberculosas.

Al microscopio se vé una verdadera infiltracion [de nódulos conglomerados, en transformacion fibrosa mezclados

á granulaciones mas recientes en diversos estados de degeneracion, mostrando aquí ó allí pequeñas zonas de fibras musculares desviadas, comprimidas, rechazadas y á mas secciones de células redondas en grupos de segmentos de círculos como zonas periféricas de tubérculos transformados en su centro, separados á veces por tejido celular, abundante en células y con algunos vasos. En los mas recientes se encuentran una que otra célula gigante, y en nuestro caso gran cantidad de baccilus de tuberculosis.

El diagnóstico anatómico de la tuberculosis cardiaca no ofrece ninguna dificultad si se encuentra el baccilus propio. Solo hay tres observaciones que conozcamos en que se le ha encontrado: la de Demme, la de Pollak y la nuestra. En las dos primeras eran poco numerosos: 1 ó 2 por corte; en la nuestra son muy abundantes.

Para los observadores anteriores, el diagnóstico diferencial ofrecia dificultades con los abscesos miliares del miocardio y especialmente con las gomas sifilíticas.

Para Virchow, el criterio del diagnóstico reposaba en la coincidencia de lesiones análogas en otros órganos. Las gomas sifilíticas se diferencian por la zona mas ó menos ancha de tejido fibroso que las rodea, segun Virchow y Lanceraux, mientras que el tubérculo está en relacion inmediata con las fibras musculares á quienes comprime y atrofia.

Los síntomas clínicos á que estas lesiones dan lugar son de escasa importancia para su diagnóstico. Se les puede resumir diciendo, que cuando las alteraciones del músculo son bastantes pronunciadas para producir alteraciones funcionales, el diagnóstico de la alteracion puede hacerse, no el de la lesion, y que cuando sucede lo contrario, la lesion queda latente, como ha pasado en la mayor parte de las observaciones publicadas.

(De la *Revista de la Sociedad Médica Argentina*).

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

Tratamiento del cáncer del estómago por el clorato de soda y el aristol, por el Dr. Huchard. — *Journal des Praticiens,* N°. 19, 1894.

El autor ha continuado experimentando el clorato de soda, á grandes dósis, en el tratamiento del cáncer del estómago, método preconizado el año pasado por Brissaud, en el Congreso de Besançon.

Cita en este trabajo dos casos particularmente demostrativos porque se trata de ancianos en los cuales las perturbaciones funcionales, la caquexia rápida, la existencia de tumor palpable y la considerable disminucion del ácido clorhídrico libre en el jugo gástrico, hacen indudable el diagnóstico; presentaron tambien hematemesis y deposiciones características. La mejoría ha sido relativamente rápida y bien neta: aumento del apetito, desaparicion de los vómitos (con un régimen alimenticio adecuado, naturalmente), detencion del enflaquecimiento y aún aumento notable de peso (2 kgrs. en dos meses). El tumor parece haber disminuido algo; el ácido clorhídrico libre ha aumentado en el jugo gástrico.

M. Huchard insiste, pues, en aconsejar que se experimente este medicamento que, por lo menos, parece mejorar rápida y notablemente á estos enfermos y prolongar su vida. A idénticas conclusiones ha conducido la observacion á M. Lebelle (tésis de Paris, Julio del 94). Es preciso, sin embargo, no hacerse ilusiones; se recordará, por ejemplo, que los mismos resultados fueron atribuidos al *condurango* que tuvo mucha boga, sobre todo en Alemania.

Se sabe que la idea que llevó á M. Brissaud á experimentar el clorato de soda en el cáncer del estómago, deriva de la accion casi específica y tópica del clorato de potasa en los epiteliomas de las vias digestivas superiores y los cancroides cutáneos. Dado el peligro del uso continuado del clorato de potasa á grandes dósis, se recurrió á la sal de soda.

Su modo de administracion es muy simple; basta hacerlo

disolver en 150 ó 200 gramos de agua y darlo por cucharadas de postre; debe dárselo á dósis refractas y no masivas, con el objeto de obtener una accion tópica contínua. Puede emplearse 8 ó 10 gramos diarios ó aún más, pero no debe pasarse de 16 gramos so pena de provocar irritacion gástrica, vómitos é intolerancia absoluta.

La accion del clorato de soda sobre la cantidad del ácido clorhídrico libre del jugo gástrico, que aumenta, ha inducido á M. Huchard á emplear el medicamento en las dispepsias con hipoclorhidria, y dice haber obtenido buenos resultados.

Animado por la misma idea que condujo á M. Brissaud á usar el clorato de soda, Huchard ha empleado contra el cáncer del estómago el *aristol* (bi-ioduro de ditimol) cuya accion tópica sobre los epiteliomas de la cara ha sido preconizada por Brocq. Los resultados le han parecido notablemente inferiores á los obtenidos por el clorato de soda.

Sobre las alteraciones del plexo cardíaco en la parálisis del corazon consecutiva á la difteria, por H. Vincent. — (*Arch. de Méd. expérimentale et d'ánatomie pathologique*). N°. 4, 1894.

Se sabe que la parálisis del corazon es una de las complicaciones mas terribles que pueden sobrevenir en el curso ó la convalecencia de la difteria. Ahora bien: el mecanismo de su produccion no está perfectamente dilucidado, y si bien se acepta, para la gran mayoria de los casos, la miocarditis degenerativa como lesion generatriz, es imposible negar que en ciertas autopsias no se ha constatado alteracion alguna del músculo cardiaco. De ahí que, enfrente de la teoria muscular sostenida y probada por Brestowe, Ranvier, Rosembach, Leyden, Huguenin, Hayem, etc., se haya presentado la teoria nerviosa (Gubler, Gulat, Gombault, etc.)

No obstante, como en la mayor parte de las autopsias no se constatara lesiones del bulbo ó del pneumogástrico, parecia difícil sostener aún esta teoria nerviosa.

En el trabajo de que nos ocupamos, Vincent presenta dos observaciones que parecen probar, que debe buscarse esas

lesiones en los ramos mismos del plexo cardíaco. — Sin negar, pues, que en muchos casos y quizá en la mayoria, la parálisis cardíaca es debida á la degeneracion del miocardio, el autor sostiene que en algunos enfermos, ella se origina de la neuritis del plexo cardíaco.

« En resúmen, concluye, es incontestable que los productos solubles segregados por el bacilo de Löffler pueden, como el veneno tifóidico por ejemplo, hacer sentir simultáneamente su accion sobre todos los elementos del organismo. Los músculos no escapan á su influencia; pero el sistema nervioso periférico es atacado con mayor predileccion y no debe sorprendernos entonces que los efectos del proceso infeccioso puedan hacerse sentir aisladamente sobre los ramos del plexo cardíaco. De allí una verdadera parálisis del músculo corazon, que se traduce clínicamente por las perturbaciones circulatorias, los síncopes y la detencion del órgano y, anatómicamente, por la relajacion y la dilatacion extraordinaria de sus paredes.

« La neuritis diftérica del plexo cardíaco tiene pues una individualidad propia; es á ella á quien debe hacerse responsable, en ciertos sujetos, de los fenómenos tan graves de parálisis del corazon, así como de los síntomas dolorosos que pueden acompañarlo y que simulan una verdadera angina de pecho (Huguenin). Estos datos no tienen solamente un alcance teórico y quizá la terapéutica podria aprovecharlos para remediar accidentes de una gravedad tan desesperante. La terminacion casi uniformemente fatal de estos últimos atestigua, en efecto, la inutilidad de los diversos medicamentos (cafeina, etc.), que se acostumbra prescribir en semejante caso. Parece, por el contrario, que pudiera esperarse un resultado menos estéril de la electrizacion de los nervios del corazon, sobre todo si fuese aplicada al principio de la complicacion. »

Contribucion al estudio experimental de las arteritis infecciosas, por el Dr. Crocq (de Bruselas). — *Arch. de méd. exp. et d'anatomie pathologique,* tomo 4º, 1894.

Es ya un hecho corriente en la ciencia, que diversos microbios como el de Eberth, el estreptococo piógeno, el bacilo de Gilbert y Lion, el bacillus coli communis, el de Löffler, etc., son capaces de producir arteritis, siempre que se lesione de algun modo la túnica vascular. Excepcionalmente, tambien ha podido determinarse la inflamacion arterial sin prévia lesion de la pared.

Del interesante estudio crítico y experimental hecho por M. Crocq, cree él poder deducir las conclusiones siguientes:

1ª. El bacilo de la endocarditis descubierto por Gilbert y Lion, es el único que parece capaz de producir experimentalmente *en circunstancias excepcionales* (2 veces sobre 38 experiencias) la aortitis aguda, infecciosa, sin alteracion prévia de los vasos;

2ª. El traumatismo es incapaz de producir por sí solo la arteritis aguda;

3ª. La infeccion es incapaz, por sí sola, de traer la arteritis aguda (excepto con el bacilo de Gilbert y Lion);

4ª. Para que la arteritis infecciosa se produzca, es necesario dos factores: 1º, la infeccion; 2º, un *locus minoris resistentiæ*, constituido experimentalmente por el traumatismo, clínicamente por una lesion arterial anterior ó por una perturbacion nutritiva de la pared vascular.

5ª. El mecanismo patogénico de la arteritis infecciosa comprende dos variedades distintas: la lesion resulta de la implantacion del microbio sobre un vaso preparado para recibirlo, ó bien depende de la accion tóxica de los venenos microbianos sobre el endarterio préviamente alterado.

Sobre la presencia del bacilo de la tuberculosis en las cavidades nasales del hombre sano, por Straus. — *Arch. de med. expér. etc.*, tomo 4º, 1894.

De 29 individuos sanos, ó por lo menos indemnes de toda sospecha de tuberculosis, pero permaneciendo mas ó menos largo tiempo en las salas de hospital, 9 tenian el bacillus de Koch, plenamente virulento, en las cavidades de las fosas nasales; no se trata pues de una eventualidad rara, sino de un hecho frecuente que demuestra que el bacilo proveniente de los esputos desecados penetra y permanece, comunmente, con toda su virulencia, en las fosas nasales de hombres sanos.

Una vez mas es fácil convencerse de cúan abundantes son los gérmenes de la tuberculosis en la atmósfera de los lugares habitados por los tísicos.

Tres casos de muerte súbita en velocípedo

En la sesion de la Academia de Medicina de París, celebrada el 4 del corriente mes de Setiembre, el Dr. L. Petit ha relatado tres casos de muerte súbita sobrevenida en sujetos atacados de afeccion cardíaca. Ocurrió el uno en un anciano de 60 años que parecia muy fuerte y que tomaba lecciones desde un mes sin poder sostenerse aún; murió al terminar una leccion de una hora. El segundo muerto ha sido un médico que hacia un paseo en bicicleta después de una fiebre tifóidea. El tercero el de un clubman bien conocido, de edad de 40 años, que murió repentinamente en una calle de París.

Como debia suponerse, pues, las afecciones cardíacas son una contraindicación al uso de la bicicleta como á cualquier ejercicio violento.

G. A. A.

BIBLIOGRAFIA

De la conducta á observar en las estrecheces pelvianas. —Tésis de Exequiel E. Dudégnac—1894.

Tema sumamente vasto cuyo desarrollo parece imposible sin tomar las proporciones de un verdadero tratado de distocia pélvica; sin embargo, el autor ha conseguido en un centenar de páginas, y apoyándose sobre observaciones clínicas, colocar los jalones que han de indicar al médico práctico el camino á seguirse ante un caso distócico por estrechez pelviana. Estudia principalmente las viciaciones pélvicas debidas al raquitismo por ser con seguridad las que mas frecuentemente se encuentran en la práctica.

En un primer capítulo se ocupa de las modificaciones que sufre el mecanismo del parto en los casos de viciaciones pelvicas y hace de éstas, guiándose principalmente en las dimensiones de la conjugata verá la siguiente division:

1º. *Pelvis ligeramente estrechadas.*—C. V. de mas de 90 m. En esta 1ª cetegoria trata de indicar las condiciones en que será preferible usar la palanca, ya el forceps aplicado oblícuamente segun el método de Budin, ya la version, ó bien la sinfisiotomia que ha invadido en estos últimos tiempos los dominios de las operaciones anteriores, esto naturalmente cuando las fuerzas naturales no hayan sido capaces de terminar el parto, pues es en estos casos que son mas aplicables las célebres palabras de Delamotte « rien n'ést plus inégal, plus bizarre, ni plus trompeur que les accouchements. J'ai souvent vu que des accouchements en apparence les plus mauvais et contre nature se sont changés en accouchemnts naturels ».

2º. *Pelvis medianamente estrechadas.*—C. V., de 90 m á 68 m. Estudia en este capítulo el parto prematuro y la sinfisiotomia: no rechaza en absoluto el primero como hacen hoy muchos, llevados por el entusiasmo desde que la sinfisiotomia ha entrado nuevamente al servicio activo de la obste-

tricia. Teniendo como objeto primordial la viabilidad del feto y basándose sobre la proporcion existente entre las dimensiones de la cabeza fetal, su grado de osificacion y las dimensiones de la pelvis materna, concluye aceptando la provocacion del parto solo despues del 8º mes y en pelvis no menores de 80 m; con este motivo estudia los diversos procedimientos en uso para la provocacion del parto, aceptando como superior el método de Champtier de Ribes, modificado por Boissard.

Cuando la C. V. está entre 80 y 68 m aconseja la sinfisiotomia de preferencia á la operacion cesárea de indicacion relativa, considerando 68 m como límite mínimum por el cual la sinfisiotomia puede permitir el pasaje de una cabeza fetal á término.

3ª. *Pelvis notablemente estrechadas.*—C. V., de 68 m á 50 m. En estos casos si le es posible intervenir durante el embarazo, aconseja la combinacion parto prematuro y sinfisiotomia, preocupándose ya menos de la viabilidad del feto. Durante el trabajo rechaza en absoluto la embriotomia y aconseja la operacion cesárea que en manos de Sœnger y en una serie de 15 casos ha dado un éxito completo para madre é hijo.

4º. *Pelvis extremadamente estrechadas.*—C. V., menos de 50 m. Para esta última categoria aconseja la operacion cesárea seguida de la castracion.

En los casos de feto muerto aconseja siempre la craniotomia seguida para la extraccion, ya sea de una simple aplicacacion de forceps ó bien de la cranioclastia ó la cefalotripsia. En las pelvis de la última categoria (C. V., menos de 50 m) cree peligrosa la embriotomia sola y aconseja combinarla á la sinfisiotomia ó bien practicar directamente la operacion cesárea.

En un último capítulo describe un caso de pelvis de Nœgele tratado por la isquia-pubiotomia de Farabeuf con buen éxito.

El número de casos clínicos descritos en apoyo de su tesis, prueban, como él lo hace notar, que los vicios pélvicos

son entre nosotros mas frecuentes de lo que generalmente se cree.

C. NISEGGI.

Cirugia craneo-cerebral.—Tésis de C. D. Calderon (1894) —Topographie craneo cephali que Poirier (1893).

No es la primera vez que cualquiera de nuestros lectores habrá exclamado á la vista de dos personas muy parecidas: «cualquiera diria que son gemelos».

Esta misma observacion la hemos hecho leyendo los trabajos cuyos títulos encabezan estas líneas.

Si no supiéramos que el uno ha sido escrito en idioma extranjero, á muchos centenares de leguas de aquí y el otro, en español por un alumno de nuestra Facultad, creeríamos que Poirier ha deseado sorprender agradablemente á los americanos del Sud, presentándonos su trabajo traducido á un español algo afrancesado (quizá por él mismo, si acaso conoce nuestro idioma) y ocultando su celebridad bajo un pseudónimo; tanta es la analogia de ambas obras.

Sin embargo, es indudable que se trata de un fenómeno algo raro y muy digno de atraer sobre sí la atencion del mundo científico, especialmente del argentino, ya que nos ha tocado á nosotros la suerte de observarlo mas de cerca.

Es verdad que Scheele y Priestley descubrieron simultáneamente el oxígeno y que no constituyen una excepcion, pues una misma idea puede presentarse á dos cerebros distintos y sometidos á las influencias mas desemejantes; pero en el caso actual, á la analogia de opiniones se agrega la casi identidad de la expresion, que obliga á pensar sériamente en un caso tan curioso.

Por el momento, nos contentamos con establecer la notable analogia de la tesis del doctor C. D. Calderon con el trabajo de Poirier y hacer resaltar la diferencia, á nuestro juicio única, de que el último se público algunos meses antes que el primero.

Como lo han dicho muy bien varios diarios de la mañana, la tésis de Calderon es un trabajo que puede consul-

tarse con fruto; lo mismo que sucede con el de Poirier, y no debe faltar en la biblioteca de ningun médico preocupado del adelanto de la ciencia; exactamente lo mismo que el de Poirier.

Si la parte teórica coincide tan perfectamente con las ideas del gran cirujano francés, se explica que encontremos en ella muy poco ó nada que criticar. Conocemos algo de cirugia cerebral; lo suficiente para permitirnos expresar nuestra admiracion por un trabajo tan excelente (el de Poirier) y poner punto en boca en cuanto á lo demás.

En lo referente á la parte de historias clínicas, creemos que Poirier no ha de estar tan conforme con el autor como en la seccion teórica.

Ante todo, haremos notar que la exploracion de la sustancia cerebral por medio del bisturí, ha sido practicada ya entre nosotros por el doctor Luis Maglioni, en la persona de don Domingo Matheu, durante la revolucion de Julio del 90. Este caso se publicó en los Anales.

El primer caso clínico constituye quizá una intervencion inútil; y digo quizá inútil, pues las heridas del cerebro no son siempre mortales; son pasibles de curar espontáneamente ó por medio de una intervencion mas sencilla.

Como ejemplo, citaré el caso de R. C. publicado en los *Anales de la Sociedad Médica Argentina*, por el doctor Justo, en que se resecaron veinte gramos de sustancia cerebral, sin llevar mas lejos la intervencion inmediata y luego, al cabo de algunos dias, se extrajeron algunas esquirlas del frontal, pues el hueso tenia una fractura conminuta expuesta.

¿Sondó Calderon la herida de la masa cerebral? La redaccion de la historia en ese punto es tan difusa, que puede afirmarse que sí ó que no; me inclino á lo último.

Como no establece la direccion de la bala, la expresion «profundamente situada» es muy ambigua, pero seguramente no ha de querer decir, cerca de los grandes núcleos centrales.

Por otra parte, como lo establece el trabajo del doctor

Justo, las heridas del cerebro que interesan los lóbulos anteriores, son las mas inofensivas y los fenómenos observados al principio del accidente sufrido por Romeo, se explican perfectamente por la accion excitante del traumatismo. Su desaparicion no es efecto de la intervencion, pues si pudiera incriminarse á la bala el papel de productora de los fenómenos, como la bala no se extrajo los accidentes debieron haber persistido y sin embargo, cesaron.

Los demás casos pueden dividirse en dos categorias: aquellos en que el éxito terapéutico es indudable y aquellos en los que es dudoso.

Los primeros, son todos los de lesiones traumáticas, hundimientos y tumores; los segundos, comprenden los casos de micro y macrocefalia y de sinóstosis prematura.

Entre los de esta segunda categoria, el caso del doctor Massi es el único digno de mayor atencion, ya que el resultado terapeútico está consignado al cabo de tres años. Los demás, son muy recientes para hacer demasiado prematuro todo cuanto respecto á ellos se afirme, á menos de hacer intervenir la imaginacion, y especialmente el de Alcides V.

Si una articulacion que permanece inmovilizada en flexion durante 45 dias, exige para recuperar sus funciones cerca de un mes ó quizá mas, ¿cuánto necesitará la sustancia cerebral, mucho mas delicada y cuya compresion y obstáculo al funcionamiento fisiológico han durado varios meses, uno, dos ó quince años? ¿Es posible afirmar un resultado terapéutico en estos casos, con una observacion de varios dias ó de varias semanas? Claro que no, y sin embargo así lo hace el doctor Calderon.

En la parte práctica que venimos examinando, hemos notado las tendencias francamente francòfilas del autor, ya cuando establece un tubo de drenaje *á demeure* ó cuando, recordando quizá inconscientemente á un célebre alienista francés, dice: *el yo de este niño se hallaba reducido á un tubo digestivo.*

Para terminar con este ya por demás largo artículo bi-

bliográfico, solo agregaremos, y con gusto, que la tésis de Calderon nos demuestra que entre nosotros se practica la cirugia cerebral con resultados mas ó menos buenos; pero que el autor exagera al presentar, como lo hace en su trabajo, el resultado terapéutico cuyo éxito ó fracaso solo puede establecer despues de una observacion minuciosa y largo tiempo continuada.

P. B.

Apuntes de física aplicada á la medicina.— I. Acústica— II. Electricidad estática; por el Dr. Jaime R. Costa, 1894.

El Dr. Costa se ha propuesto publicar el resúmen de sus conferencias en la Facultad de Medicina, y es por ello acreedor á un elogio de los que vemos con placer que los profesores de nuestra escuela trabajen y produzcan. Los dos primeros tomos que ha dado á luz versan sobre *acústica* y *electricidad estática*, y no tememos decir que, aparte de su utilidad para los que cursan la materia, ellos pueden prestar grandes servicios á los alumnos de cursos superiores y á los médicos. Más aún: creemos poder afirmar que los estudiantes de primer año no sacarán tanto provecho de este trabajo como los que se ocupan de semiologia y terapéutica, que pueden recien comprender en su justo valor la importancia de estas aplicaciones de la física á la medicina.

No hay que olvidar, en efecto, que sin estos conocimientos de física, no puede darse una interpretacion cabal de los signos de percusion y auscultacion.

Las nuevas enfermedades nerviosas, por G. André.— Traduccion hecha para la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* (Madrid, 1894).

Este nuevo volúmen de la Biblioteca Científica Moderna, contiene las lecciones dadas en la Facultad de Toulouse, por el profesor Dr. André. Es muy interesante para los médicos y alumnos, puesto que se ha condensado en esas lecciones, no solo todo lo referente á las enfermedades nerviosas estudiadas prolijamente en estos últimos años, sinó

tambien algunos de los síntomas mas culminantes de estas afecciones en general.

Son particularmente recomendables las capítulos consagrados á: *herencia nerviosa, amiotrofias progresivas, siringomielia y enfermedad de Morvan, polineuritis, histerotraumatismo, astasia-abasia, neurastenia, temblores, paramyclonus multiplex, tics, vértigo* y *pulso lento permanente, acromegalia, enfermedad de Thomsen.*

Várices y neoplasias linfáticas dérmicas. — Lecciones dadas en Madrid (1893 á 94), por el profesor de dermatología y sifilografía, Dr. Juan Azúa y Suarez. Con ocasion de algunos casos prolijamente estudiados, el autor ha pasado en revista toda la literatura médica tocante al punto que trata. No podemos, en tan corto espacio, dar en resúmen siquiera las opiniones que de ese estudio deduce el autor, pero debemos aconsejar la lectura de este libro á los que se interesen en esta rama de medicina; se trata de lecciones realmente laboriosas y en que el autor revela notable erudición.

Servicio de sanidad del ejército en la República Argentina, por el Dr. Rómulo Cabral, 1894. — El autor estudia no sólo la organizacion actual del servicio de sanidad del ejército, sino tambien el lento proceso de su formacion, desde las guerras de la Independencia, en que nuestros bravos soldados carecían casi por completo de los cuidados de personas competentes, hasta la fecha, en que tenemos aún mucho que hacer para conseguir un servicio irreprochable.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Julio de 1894

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifoidea	4	2	6
Sarampion	5	1	6
Escarlatina	1	3	4
Coqueluche	—	1	1
Difteria	10	7	17
Crup	7	6	13
Angina diftérica	1	—	1
Influenza	1	1	2
	29	21	50
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	65	30	95
» meningea	5	2	7
» del peritoneo	2	—	2
Enteritis tuberculosa	1	—	1
Infeccion purulenta	—	1	1
Escrofulosis	—	1	1
Sifilis infantil	1	2	3
» en adultos	3	1	4
Cáncer	7	6	13
» del estómago	4	1	5
» del higado	—	1	1
» del esófago	4	—	4
» de la mama	—	1	1
» de la lengua	2	—	2
» del útero	—	2	2
» de la boca	1	—	1
» de la vejiga	3	—	3
» de la laringe	2	—	2
» del recto	—	1	1
» del ovario	—	1	1
» de la pleura	1	—	1
Reumatismo	1	2	3
Anemia	1	4	5
Diabetes sacarina	1	—	1
Septicemia	1	1	2
Cloro anemia	—	1	1
Alcoholismo	8	—	8
	113	58	171

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	12	15	27
Apoplegia	4	3	7
Hemorragia	11	7	18
Anemia	2	1	3
Meningitis	23	39	62
Meningo mielitis	1	—	1
Encefalitis	—	1	1
Derrame cerebral	3	5	9
Hidrocefalia	2	1	3
Mielitis	3	1	4
Tétano infantil	11	12	23
Eclamsia infantil	7	5	12
Parálisis general progresiva	6	1	7
Edema del cerebro	—	1	1
Esclerosis cerebral	—	1	1
	85	93	178
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	3	2	5
Endocarditis	2	5	7
Aneurisma	2	1	3
Aneurisma de la aorta	4	1	5
Aortitis	1	1	2
Hemorragia	2	2	4
Angina de pecho	5	1	6
Vicio orgánico al corazon	40	34	74
Ateromasia arterial	4	—	4
Miocarditis	6	2	8
Persistencia del agujero de Botal	—	1	1
	69	50	119

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	4	1	5
Laringitis estridulosa	1	3	4
Bronquitis	38	40	78
Bronco-neumonia	47	45	92
Neumonía	47	46	93
Pleuro-neumonía	2	3	5
Pleuresia	4	1	5
Congestion pulmonar	5	7	12
Pio-torax	1	—	1
Apoplegia pulmonar	—	1	1
Hemorragia pulmonar	1	—	1
Atelectasia pulmonar	1	—	1
Hemoptisis	1	—	1
Flemon laringeo	—	1	1
	152	148	300
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Dispepsia	—	1	1
Catarro intestinal	1	—	1
Estrechez del esófago	1	1	2
Gastritis	3	1	4
Gastro-enteritis	11	12	23
Atrepsia	8	9	17
Fiebre gástrica	1	—	1
Indigestion	—	1	1
Enteritis	15	4	19
Entero-colitis	1	3	4
Disenteria	1	1	2
Oclusion intestinal	2	2	4
Peritonitis	1	6	7
Hepatitis	—	1	1
Abceso del hígado	2	—	2
Hipertrofia	1	—	1
Cirrosis del hígado	1	2	3
» atrofica	2	1	3
Degeneracion del hígado	—	1	1
Peritiflitis	2	—	2
Esplenitis	1	—	1
	54	46	100
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	3	1	3
Uremia	3	2	5
Nefritis	14	3	17
Fibroma uterino	—	1	1
Hemorragia uterina	—	1	1
Abceso de la pelvis	—	1	1
Parálisis de la vejiga	1	—	1
	21	9	29

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	1	1	2
Pénfigo	1	—	1
	2	1	3
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	1	—	1
Coxalgia	—	1	1
Tumor blanco	—	1	1
	1	2	3
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	1	1
Eclamsia	—	3	3
Hemorragia	—	1	1
Septicemia	—	1	1
	—	6	6
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por ácido carbónico	2	—	2
Asfixia por sumersion	4	1	5
Heridas	6	—	6
» por arma de fuego	4	—	4
Conmocion cerebral	1	—	1
Ustion	—	1	1
Envenenamiento	1	—	1
Repentinamente	—	1	1
Inanicion	2	—	2
Fracturas	4	—	4
Traumatismo	3	—	3
Choc	2	—	2
	29	3	32
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita	25	13	38
Nacidos muertos	63	44	107
Esclerema	—	1	1
Icteria	3	—	3
Atrofia infantil	1	—	1
	92	58	150

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
E Sin clasificacion			
Abceso	1	—	1
Caquexia	2	—	2
Atrofia	—	1	1
Consuncion	1	2	3
Senectud	4	5	9

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
Esclerosis	—	1	1
Marasmo	3	5	8
Síncope	—	1	1
Sin especificacion	1	—	1
	4	7	11

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
499	502	1001

FACULTAD DE MEDICINA

Los concursos de Patologia General y Obstetricia han terminado por el nombramiento de los doctores Araoz Alfaro y Pietranera, respectivamente.

Probablemente en la semana próxima tendrá lugar el de Medicina operatoria; son candidatos los doctores Diógenes Decoud y Eduardo Peña.

En mérito de no haber tenido oposicion, la Facultad nombró directamente Profesor sustituto de Histologia al doctor Rodolfo de Gainza. El doctor de Gainza es uno de los médicos mas preparados que hayan salido de nuestra Escuela y uno de los pocos avezados á los trabajos de laboratorio.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE

Hánse constituido ya varias de las Comisiones encargadas de la organizacion del Congreso Nacional de Higiene que tendrá lugar en Marzo.

Las de Veterinaria, Enfermedades endémicas, Enfermedades exóticas é Higiene infantil han dado comienzo á sus tareas.

Año XVII—1894 BUENOS AIRES Tomo XVII—Nº 10

Anales del Círculo Médico Argentino

OCTUBRE DE 1894

CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA

MIOPATIAS PRIMITIVAS

por el Dr. **Abel Ayerza**

Profesor sustituto en ejercicio

El enfermito que Vds. ven y cuya madre acabo de interrogar, tiene siete años deedad; nacido á término y en un parto normal, fué criado al pecho por la madre y no presentó nada de particular hasta los trece meses; en esta época empezó á caminar.

Poco tiempo despues la madre notó que la marcha era dificultosa y que una vez caido ó acostado, el niño no podia levantarse sin ayuda extraña; observó tambien que tenia el vientre muy saliente, pero no llamó su atencion ningun otro fenómeno. Posteriormente esa impotencia para levantarse del suelo persistió y cuando, mas grande ya, el niño necesitaba abotonarse el pantalon ó cortar el pan, notóse que no podia servirse de sus manos para ese objeto. Por lo demás, no ha padecido de enfermedad alguna y su desarrollo intelectual es perfecto; quizá aún, es mas inteligente que la generalidad de los niños de su edad.

Examinando al enfermito, tratemos de rectificar los asertos de la madre, y hagámosle acostar para que luego se levante en nuestra presencia.

Ustedes ven como lo hace y no deben olvidarlo nunca, porque el modo como lo ejecuta es típico de la enfermedad que padece. Cuando uno de nosotros, estando acostado, trata de levantarse, lo primero que hace es, como ustedes saben, elevar y enderezar el tronco. Nuestro niño no puede proceder del mismo modo; ustedes ven que estando en

decúbito dorsal, pasa primero al decúbito lateral; trata en seguida de levantar su tronco apoyándose sobre uno y otro de los miembros superiores, hasta que consigue quedar en una posicion en que se apoya sobre el suelo por las manos y por las rodillas; hecho esto, intenta separar una despues de otra sus piernas y apoyándose sobre sus muslos intenta levantar el tronco, ejecutando lo que los franceses llaman *cramper sur ses jambes.* Nuestro enfermito no lo consigue y solo puede alcanzar á sentarse sobre sus miembros inferiores flexionados. Este modo de levantarse del suelo revela, como ustedes ven, la impotencia muscular de este niño y, sobre todo, la impotencia de la masa sacrolumbar que es la que levanta el tronco sobre la pelvis. Por lo demás, la debilidad de los músculos de sus miembros superiores es tambien grande, sin lo cual él podria levantarse agarrándose de los objetos inmediatos, como se levanta un hemiplégico ó paraplégico cualquiera.

Pero no es solo el modo de incorporarse lo que nos interesa estudiar en este enfermito. Fíjense ustedes en la actitud que toma en la posicion vertical; está parado, no como nosotros con las piernas casi juntas; por el contrario, ellas se separan considerablemente y dan al enfermo una base de sustentacion mucho mayor. Por otra parte, es fácil notar que su tronco no tiene la forma normal; hay en la columna vertebral, una profunda depresion ó *ensellure*, en las regiones lumbar y dorsal inferior; depresion que se traduce, naturalmente, por una gran salida en el abdómen que, como recordarán, ya habia sido notada por la madre. Esta posicion del enfermo tiene por objeto obtener el equilibrio del cuerpo á pesar de la debilidad de los músculos de la masa sacrolumbar; el peso de la cabeza y de la parte superior del tronco no puede sostenerse sino mediante esta incurvacion que viene á colocar esa parte superior del cuerpo en la misma línea vertical que pasa por el eje de los miembros inferiores.

Si ahora hacemos caminar á nuestro enfermito, notan ustedes que sus piernas se separan considerablemente en cada paso y que hay en todo el cuerpo un movimiento exactamente igual al que se produce en esos artistas de circo que caminan llevando sobre sus hombros ó su pecho á uno de sus compañeros; el fenómeno tiene idéntica explicacion;

el individuo amplia su base de sustentacion á fin de poder soportar un peso mucho mayor que el ordinario en un caso, a fin de soportar un peso igual, pero disponiendo de músculos mucho menos poderosos en el otro. Observarán tambien que el niño camina pura y exclusivamente sobre la punta de los piés, sin apoyarse para nada en el talon, deformando consiguientemente el calzado del modo que pueden ustedes ver.

La gran impotencia muscular que hemos notado en nuestro enfermito nos lleva á creer que debe haber una atrofia considerable en sus masas carnosas; si tratamos de comprobar esta presuncion, notaremos que, efectivamente, en los brazos y antebrazos así como en el hombro, los músculos han disminuido considerablemente en espesor y en consistencia; en ciertas regiones, no hay casi músculos, no se nota relieve alguno y lo que se palpa tiene una consistencia idéntica á la de la grasa; en cambio, en la mano nada hay de parecido: los espacios interóseos, las eminencias ténar é hipoténar tienen su aspecto normal. Recuerden bien este dato que será de gran importancia diagnóstica.

Los miembros inferiores, en cambio, están lejos de encontrarse atrofiados. Las pantorrillas, por el contrario, son mas gruesas que de ordinario y pueden decirse hipertrofiados sus músculos. Por lo demás, el sóleo y los gemelos tienen una consistencia dura y casi leñosa.

Si hacemos sentar á nuestro enfermito, notaremos que sus piés no conservan la posicion normal; lejos de formar con la pierna un ángulo obtuso próximo al recto, está casi en la continuacian de la tibia, completamente caído. Esto es, como saben, característico ó de la parálisis más acentuada de los extensores que permiten el predominio de sus antagonistas, ó de la contractúra de los flexores. Ahora bien, esto último no sucede porque, como ustedes ven, no necesito de fuerza alguna para poner en extension el pié, mandando al enfermo que lo flexione. Noten tambien el que enfermito se queja de dolor cuando ejecuta este movimiento.

Los músculos de la cabeza y del cuello están perfectamente normales en nuestro niño, y él puede ejecutar, sin dificultad, todos los movimientos que requieren la accion de este órgano.

Con el exámen que acabamos de hacer, nos basta para establecer el diagnóstico de este enfermo. La impotencia muscular constatada debe provenir, en efecto, ó de una *lesion de la region anterior (motriz) del eje medular, ó de una lesion muscular primitiva*.

Excluimos, desde luego, la posibilidad de una *lesion cerebral* por la falta de fenómenos que indiquen la participacion de los nervios que provienen del encéfalo. Aún en el caso de una afeccion que mecánicamente comprimiera el bulbo ó el eje medular, habríamos notado perturbaciones de los nervios pneumogástrico, trigémino, etc.

Presentaré á ustedes, pues, un cuadro comparativo de la sintomatología de las lesiones medulares á que he aludido y de las afecciones miopáticas primitivas.

Desde luego, las parálisis musculares de orígen medular, van acompañadas indefectiblemente (fíjense que no hago excepcion alguna), de dos fenómenos: el *temblor fibrilar* y la *reaccion de degeneracion*.—En nuestro enfermito, el temblor fibrilar no existe, como Vds. ven; la reaccion de degeneracion no ha sido buscada porque el niño nos llega recien, pero yo aseguro á Vds. que no existe tampoco. Primera diferencia y muy importante.

La segunda consiste en el *modo de iniciarse* y *de generalizarse la parálisis*. Cuando estas son de orígen medular, los músculos pequeños de las extremidades son los primeros atacados; en nuestro enfermito, al contrario, Vds. han notado que las eminencias ténar é hipoténar, así como los músculos interóseos y los de los piés, están perfectamente intactos. Vean Vds. como este niño puede mover perfectamente y con agilidad sus dedos.

El estado de los *reflejos* es tambien un carácter diferencial importante. En las parálisis de orígen medular, ellos están abolidos; en las miopatias se conservan en relacion con el estado de destruccion de los músculos. En nuestro enfermito, los reflejos están casi abolidos, pero esto no se debe á falta de incitacion medular, sino á que los músculos, propiamente hablando, no existen casi y no pueden sinó muy débilmente, reaccionar á la excitacion nerviosa trasmitida Si, pues, nuestro caso fuera menos avanzado, encontraríamos los reflejos más ó menos bien conservados.

Por lo demás, tratándose de un enfermito cuya impoten-

cia muscular es tan acentuada, debiéramos encontrar, si ella proviene de una lesión medular, otros trastornos. Vds. saben que los enfermos que padecen estas lesiones, los afectados, por ejemplo, de atrofia muscular progresiva (tipo Aran-Duchenne ú otros), mueren casi siempre por *parálisis gloso-labio-laríngea*, es decir, por parálisis respiratoria. En nuestro enfermito, no hay nada que nos autorice á afirmar la existencia de ese síndroma. Los movimientos de sus labios, el acto de la deglucion y los de la respiracion se ejecutan de un modo perfectamente normal.

Sin descender á detalles sobre que no puedo insistir porque la hora avanza, vemos pues, que por exclusion podemos afirmar que se trata en el caso de nuestro enfermito, de una *miopatía primitiva*. Este diagnóstico puede tambien ser sentado directamente: las miopatias se observan siempre en la época del desarrollo, mientras que las lesiones medulares que pueden confundirse con aquella, se presentan más tardíamente. Vds. ven que nuestro enfermito ha principiado á padecer poco tiempo despues de haber empezado á caminar.

Recordarán tambien Vds., que en las miopatias primitivas la afeccion se distribuye segun el período de la vida embrionaria en que los músculos aparecen. Este hecho ha sido puesto en luz por los prolijos estudios de *Babinsky* y *Onanoff*, que han demostrado que son los músculos ó grupos musculares primeramente formados, los que son atacados al principio y que el órden de generalizacion de la lesion se hace tambien siguiendo el de la formacion de los grupos musculares. Los músculos sóleos y gemelos en la pierna, el biceps, el deltóides y el triceps en el brazo, los supinadores y flexores en el antebrazo, son los que primero se forman en el embrion y tambien los primeramente atacados en estas miopatias; de ahí la atrofia muscular por grupos.

Pero ¿qué forma ó variedad de miopatía es la que afecta á nuestro enfermo? No tengo tiempo de entrar á estudiar prolijamente las divisiones que se han hecho en estas enfermedades y, por otra parte, ellas son de conocimiento demasiado reciente para que interese á Vds. conocer esas diversas agrupaciones que considero prematuras por las razones que luego les expondré.

Recordaré á Vds. que la primera variedad de miopatia

descrita, lo fué por Duchenne (de Boulogne), en el año 1886. Este médico estudió la que denominó *parálisis pseudo-hipertrófica*. Los músculos están en esta variedad, como lo indica el nombre, no propiamente hipertrofiados, pero si aumentados de volúmen por un elemento que no es la fibra muscular misma. Este elemento es unas veces la grasa, otras veces el tejido conjuntivo; este último concluye casi siempre por tomar el lugar más importante y el mayor desarrollo, y los músculos adquieren una consistencia dura y leñosa. puesto que están casi exclusivamente constituidos por tejido fibroso; á causa de esta degeneracion los músculos son tambien dolorosos cuando se les pone en juego. Semejantes á estos son los de nuestro enfermito, si se consideran solo los que forman la parte posterior de la pierna; pero no están aumentados de volúmen ni los músculos glúteos (que se espesan considerablemente en la parálisis pseudo-hipertrófica), ni, mucho menos, los de los miembros superiores en que hemos notado una atrofia bien pronunciada. El niño que estudiamos, no puede considerarse pues como afectado de la enfermedad descrita por Duchenne, si bien los músculos de las piernas presentan los carácteres propios de esta variedad.

Otra de las formas de miopatia bien estudiadas, es la designada con el nombre de *Déjérine-Landouzy* ó *facio-escápulo humeral*. Esta calificacion indica á Vds. su sintomatologia; ella afecta á los músculos de la cara, del hombro y del brazo. En nuestro enfermito, si bien están atacados estos últimos grupos, los de la cara se encuentran perfectamente intactos; este niño puede abrir y cerrar sus ojos, no tiene desviacion de la boca, puede mover los labios perfectamente, silbar, etc.

La *forma juvenil de Erb*, sin afectar á los músculos de la cara, ataca tambien, como la anterior, los del hombro y el brazo. A ella corresponderian los caracteres que nuestro enfermo presenta en sus miembros superiores.

Las otras variedades descritas no ofrecen interés. Se ha demostrado que la llamada de *Ziemssen*, es idéntica á la de Erb, y en cuanto á la enfermedad de *Charcot-Marie*, está probado que no se trata de una miopatia, como creian estos autores, sino de una afeccion de los nervios periféricos.

Vean Vds. cómo la observacion de nuestro enfermito con-

firma lo que les decía sobre la reserva y desconfianza con que debemos recibir las clasificaciones propuestas en enfermedades ó grupos de enfermedades mal conocidas todavia.

Si consideramos solamente los músculos de la pierna, diríamos que este niño está afectado de parálisis pseudo-hipertrófica. Por el contrario, la forma de las atrofias en el miembro superior nos haria clasificarlo entre los atacados por la forma juvenil de Erb. Repito, pues, que creo prematuras estas distinciones y, sin pretender ser profeta, diré que es muy probable que todos estos grupos se refundan al fin en una sola entidad mórbida, ya que no podemos aceptar que nuestro enfermo presenta aquellas dos enfermedades á la vez.

El *pronóstico* es bien triste en nuestro caso. Vds. recordarán que el médico á quien primero consultó la madre, le dijo que á medida que el niño creciéra, las perturbaciones desaparecerían Bien, pues, ese médico se equivocaba, y si no puede decirse que la enfermedad haya hecho desde entonces grandes progresos, porque es bien probable que la impotencia de los miembros superiores existia desde el principio y solo ha sido notada cuando el niño ha tenido necesidad de servirse de ellos, no es menos cierto que estamos en presencia de una enfermedad constantemente invasora y contra la que nada podemos.

Hay más todavia. Las miopatias progresivas son una enfermedad de familia y los desgraciados padres que tienen el dolor de ver afectado á uno de sus hijos de este modo, tienen que temer la produccion de uno ó mas casos entre sus otros hijos. Es raro, en efecto, que la afeccion se observe aisladamente; por lo general, son dos, tres ó aún más, los afectados en una misma familia.

En la familia de nuestro enfermito, él ha sido hasta ahora el único atacado. Por desgracia, no está aún libre la madre de ver producirse nuevos casos.

Los tratamientos propuestos son enteramente ineficaces y los padres á quienes hiere semejante infortunio, no tienen otro recurso que conformarse á la voluntad de Dios.

Setiembre 19 de 1894.

LOS TRATAMIENTOS MODERNOS DE LA DIFTÉRIA

(Revista general)

El tratamiento racional de una enfermedad supone necesariamente el pleno conocimiento de su patogenia. Sin este requisito, solo podrá hacerse una medicacion sintomática, á menos que la casualidad ó el empirismo hayan venido á revelarnos uno ó más medicamentos especificos.

Necesitamos, pues, ante todo, recordar el modo como se producen las diversas manifestaciones de la enfermedad cuyo tratamiento nos proponemos estudiar.

Se sabe que la difteria es originada por un bacilo descubierto por *Klebs* (1883) y bien estudiado por *Lœffler* (1884), pero cuyo conocimiento perfecto, así como la demostracion evidente de su rol patogénico, datan solamente de los trabajos prolijos y acabados de *Roux* y *Yersin* (1). Este bacilo se desarrolla únicamente en las capas superficiales de la mucosa atacada y da lugar á la produccion de las falsas membranas caracteristicas; no se le encuentra en la sangre ni en los órganos profundos; es, por consiguiente, el agente directo de la muerte en los casos en que ésta se debe al obstáculo mecánico que las falsas membranas oponen á la respiracion (crup); caso, con mucho, el más raro.

En la mayor parte de los casos, el diftérico muere intoxicado; presenta un tinte plomizo y gran palidez de los tegumentos, albuminuria, laxitud extrema, abatimiento profundo, perturbaciones cardíacas, parálisis. Estos síntomas son debidos á un veneno que el bacilo de Klebs-Lœffler elabora y que es absorbido en la superficie de la mucosa. La toxina en cuestión es semejante á las diastasas; soluble en el agua, precipita por el alcohol; es atenuada y destruida por una temperatura de 60º á 100º. No se la ha obtenido aún al estado de pureza y su composicion química nos es, por eso mismo, desconocida; *Brieger* y *Fränkel*, (2) la consideran

(1) Roux y Yersin. «Annales de l'Institut Pasteur», 1888, núm. 12; 1889, núm. 6; 1890, núm. 7.

(2) «Berliner Klin. Woch.», 1890, núm. 11 y 12.—Cit. por A. Veillon, «Semaine Médicale», 1893, núm. 55.

como una toxalbúmina; Gamaleia, (1) como una nucleoalbúmina, que deriva del protoplasma del bacilo. Es un veneno extremadamente activo. Un caldo de cultura evaporado en el vacio deja un residuo seco, un centigramo del cual da, despues de separacion de las cenizas, un peso de materia igual á cuatro décimas de miligramo. Pues bien; aunque la mayor parte de estas cuatro décimas de miligramo esté formada de sustancias distintas del veneno diftérico, ellas bastan para hacer perecer por lo menos ocho chanchitos de India de 400 gramos de peso.

La inyeccion de la toxina reproduce todas las lesiones características de la difteria. Localmente: edema fibrinoso y á veces hemorrágico, infarto ganglionar, escaras á veces; despues de absorcion: degeneracion grasosa del hígado, nefritis, degeneracion del miocardio, derrames pleurales, congestiones y hemorragias, parálisis (2).

La difteria es, pues, una infeccion local, pero es tambien una intoxicacion general. Si el bacilo queda acantonado en la mucosa atacada, su toxina es absorbida y hace sentir su accion en todo el organismo.

Pero hay mas todavia. El bacilo y sus toxinas no bastan para dar explicacion de los fenómenos, en todos los casos. La mucosa inflamada por el bacilo diftérico puede ser invadida por los otros microbios, que son huéspedes habituales de la boca ó la faringe: el estreptococo y estafilococo piógenos, el pneumococo. El estreptococo es el más comun de estos asociados (3) y á él se lo encuentra en las adenitis supuradas, en las otitis medias, las condritis y pericondritis de la laringe, los abcesos del mediastino. Él produce tambien la erisipela alrededor de la herida traqueal y, casi siempre, las pleuresias purulentas y las bronco-pneumonias, tan frecuentemente mortales. Esta *infeccion estreptocóccica* es, pues, de considerable importancia en el curso de la difteria, cuyo pronóstico agrava singularmente.

Era preciso tener bien presentes estos datos adquiridos so-

---

(1) «Semaine Médicale», 1892, pág. 75.

(2) Morel. «Angines pseudo-membraneuses», etc. Thèse de Paris, 1891; Roux y Yersin (loc. cit.)

(3) H. Barbier. «De quelques associations microbiennes dans la diphtérie» («Arch. de méd. exp. et d'anat. path.», Mayo de 1891.)

bre la enfermedad, antes de abordar el estudio de su tratamiento. Al emprender éste, no prentendemos ser completos en el sentido de mencionar todos los métodos propuestos en los últimos años contra la difteria: tal tarea, sobre ser inútil, se ria verdaderamente penosa por lo larga. Nos ocuparemos solamente de las medicaciones ó agentes sobre cuya eficacia, más ó menos relativa, la práctica ha tenido ya ocasión de expedirse.

Estudiaremos en la primera parte las antitoxinas y la seroterapia; en la segunda, el tratamiento por los antisépticos.

I

Seroterapia — Antitoxinas

El 3 de Diciembre de 1890, *C. Fränkel* (1) hacia conocer in extenso sus trabajos, hechos en colaboracion con *Brieger*, sobre la vacunacion anti-diftérica; exponia los satisfactorios resultados obtenidos, pero agregaba, quizá con cierta amargura, que su vacuna estaba desprovista de toda accion terapéutica.

Un dia despues aparecia una comunicacion de *Behring* y *Kitasato* (2) en que estos bacteriologistas exponian las investigaciones llevadas á cabo en el Instituto de Higiene de Koch, sobre la inmunizacion de los animales contra la difteria y el tétanos, y el tratamiento de los experimentalmente inoculados. Poco tiempo despues, describieron en la *Zeitschrift für Hygiene*, todo su manual operatorio.

Tratamos en esta revista únicamente de la seroterapia; se nos excusará pues que no nos detengamos en los detalles del proceder destinado á obtener la inmunidad. Digamos sólo, por el momento, que es posible vacunar á los animales contra la infeccion diftérica, inyectándoles á dósis crecientes y sucesivas, sea culturas filtradas y tratadas por algunos agentes antisépticos (tricloruro de iodo, hipocloritos, etc.), sea usando culturas en caldo calentadas á temperaturas de 65 á 70° (Fränkel).

Los primeros estudios de Behring y Kitasato, llevados á

---

(1) «Berliner Klinische Wochenschrift», Diciembre 1890.

(2) «Deutsche Méd. Wochenschrift», 4 Diciembre 1890. «Zeitschrift für Hygiene», Bd. IX, 1890.

cabo más especialmente sobre el tétanos y extendidos despues á la difteria, demostraron que el suero de la sangre de los animales vacunados era capaz de destruir cantidades enormes de toxinas, de tal modo que mezclando aquel suero con culturas vivas y virulentas ó con caldos filtrados intensamente tóxicos, podian estos líquidos ser inyectados sin ocasionar trastorno alguno. Se trataba, pues, de una accion *antitóxica*, ejercida sobre el veneno segregado por estos microbios.

No podemos entrar en el exámen detenido de los diversos trabajos que Behring y sus colaboradores realizaron posteriormente y que concluyeron todos por demostrar que, aún despues de producida la infeccion diftérica ó de inyectadas dósis mortales de culturas filtradas, era posible impedir la muerte de los animales por la inyeccion de suero de inmunizados.

Los más completos de estos estudios, son los de Behring y Wernicke (1). Ellos prueban que la inyeccion de suero hecha algunos minutos ó algunas horas (8 y aun 24) despues de determinada la infeccion, produce el restablecimiento de los animales.

Desde el año pasado, los médicos alemanes se creyeron autorizados á emprender ensayos en los niños enfermos. Se servian del suero de cabra (Behring) inyectado á la dósis de varios centímetros cúbicos. *Wernicke*, demostró que podia usarse el de perro, mucho más activo, hasta el punto de conseguir uno, del cual 1 gramo inmunizaba varias centenas de kilogramos de peso del animal. En la memoria ya citada, este autor habla de tres casos tratados de este modo y terminados por curacion.

En Francia, los estudios experimentales confirmaron los resultados expresados, y así lo indica *Koudrevetzky* (2), disintiendo solo en la explicacion de la inmunidad obtenida, cosa que no nos interesa por el momento.

Un poco antes, *Aronson* (3) habia hecho conocer modificaciones de importancia sobre el modo de obtener la inmunidad (con culturas debilitadas por el formaldehido) y sobre la preparacion de un cuerpo antitóxico extraido del suero de

(1) «Archiv für Hygiene», t. VIII, 1893. Analizado en «Annales del'Inst. Pasteur», 1893, pág. 833.

(2) «Archives de méd. exp. et d'anat. pathol.», Setiembre 1893.

(3) Comunicacion á la Sociedad de Medicina de Berlín, 21 Diciembre de 1892. Id. id., 3 de Mayo de 1893. («Semaine Méd.», 1893, núm. 36.)

los animales vacunados. Llegó así á obtener un cuerpo que no es seguramente antitoxina pura, pero que puede inmunizar un chanchito de 264 gramos con solo 0 gr. 000088; es un polvo blanco, soluble en el agua, ó mejor, en líquidos alcalinos débiles; despues de desecado en el vacio, se puede calentarlo á 102º sin que pierda su accion.

Con esta sustancia ha podido curar los chanchitos infectados. Para una infeccion á la cual los animales sucumbian al cabo de cinco dias, bastaba, para salvar al animal, una inyeccion subcutánea de 1/40000º, si el tratamiento es comenzado 24 horas despues de la infeccion y de una de 1/30000º si el tratamiento se inicia á los dos dias.

La experimentacion en el hombre enfermo se hizo en Alemania con dos productos: el de Behring, con las modificaciones de Wernicke, Ehrlich, etc., y el de Aronson. El resultado de la primera ha sido analizado por Barbier (1) en Julio de este año.

Henoch, (2) declaró á la Sociedad de Medicina de Berlin, que de ocho casos tratados por el método de Behring, habia deducido que ésta era como las demás medicaciones; los enfermos levemente atacados curaban, los graves morian.

Reuniendo en un cuadro las estadísticas más grandes del *método de Behring*, tenemos:

Para los casos de angina

	Número	Curados	Muertos
Ehrlich (3).....	153	131	22
Schubert (4).....	14	14	0
Voswinckel (5).....	40	33	7
Canon (6).....	38	29	9
Kossel (7).....	7	6	1
Total.....	252	213	39

Mortalidad: 15.48 %.

(1) «La vaccination anti-diphtérique» (procédé de Behring), «Journal des praticiens», 1894, 25 de Julio.

(2) 21 de Diciembre de 1892.

(3), (4), (5), (6), (7) *Behring, Boer und Kossel,* «Deutsche Med. Woch.», 1893, núms. 17, 18 y 23. *Ehrlich, Kossel und Wassermann,* «Deutsche Med. Woch.», 1894, núm. 16. *Schubert*, id. id., núm. 22. *Voswinckel*, id. id., núm. 22. *Canon*, id. id., núm. 23.

En los traqueotomizados se encuentra

Kossel.....	4	3	1
Ehrlich.....	67	37	30
Schubert.....	20	14	6
Voswinckel.....	20	9	11
Canon...	21	16	5
Total.....	132	79	53

Mortalidad: 40.16 %.

Estas cifras no tienen un valor tan grande como pareceria á primera vista, porque están reunidos en esta estadística casos de muy distinta gravedad. Y se sabe cuán variable es ésta!

Por eso, la estadística de *Voswinckel*, muy prolija, es particularmente interesante. Ha dividido sus enfermos en tres categorias: muy graves, medianamente atacados, leves. Entran en la primera, los casos en que la intoxicacion general domina; ahora bien, sobre 30 enfermos de esta clase, hay 15 curados, ó sea 50 %.

Los otros son:

16 casos con lesiones locales intensas, pero sin intoxicacion; 13 curados (80 %).

14 leves; todos curados.

Es muy interesante comparar la mortalidad con la dada en la misma epidemia por los otros tratamientos.

A — Estadística de la seroterapia..... 30 % de mortalidad
B — De la misma epidemia sin seroterapia 47 » »
C — De los cuatro años anteriores..... 45 » »

Si se compara los traqueotomizados, se encuentra para las mismas séries:

A — 55 % de mortalidad
B — 71 » »
C — 77.3 » »

Todas las estadísticas demuestran que la mortalidad es tanto menor, cuanto más cerca del principio de la enfermedad se inicia el tratamiento.

Los autores citados señalan gran diferencia de *accion del suero antitóxico sobre el estado general y sobre los fenómenos locales*. En cuanto á este último punto; están contestes en

que no hay mejoria alguna en el estado de las mucosas: las falsas membranas continúan reproduciéndose y la difteria brónquica es comun. Solo *Schubert* menciona una influencia benéfica sobre la desaparicion de las falsas membranas.

En cuanto al estado general, se puede observar desde las primeras inyecciones, si la situacion no es muy grave, levantarse el pulso, aumentar la energia de las contracciones cardiacas y elevarse las fuerzas del enfermito. Pero esta mejoria es en ciertas ocasiones, pasajera y engañosa.

Hay toda una série de accidentes graves sobre los cuales parece que la seroterapia no ejerce influencia alguna.

Ehrlich, *Kossel* y *Wassermann* confiesan haber observado buen número de casos de muerte por *debilidad cardiaca*. *Canon*, dice aún que por una singular coincidencia, los accidentes cardiacos han sido más frecuentes en la convalecencia de estos enfermos que en la de los tratados por otros medios.

Se ha observado además, con alguna frecuencia, lesiones que no son comunes en la difteria ordinaria. Tales la *nefritis aguda tardia* y las *degeneraciones viscerales*, tardias tambien.

Estos observadores creen, y Behring insiste especialmente en ello, que la seroterapia no puede nada contra la infeccion estreptocóccica que tan frecuentemente acompaña á la difteria.

Es preciso recordar todos estos detalles sobre la accion del suero para cuando estudiemos luego los trabajos de Roux.

Las inyecciones mismas son muy poco dolorosas y no ocasionan accidente alguno, á no ser algunas erupciones escarlatinoides ó idénticas á la urticaria.

Kossel (1), ha publicado recientemente una nueva estadística mucho más valiosa que sus anteriores, puesto que comprende ya 233 casos, comprendidos graves y benignos. Ha obtenido 179 curaciones, ó sea una mortalidad de 23 %; sobre esa cifra, 72 sufrieron la traqueotomia y de éstos, 41 curaron (43 % de mortalidad). Los resultados mejoran notablemente á medida que los niños son de más edad y que el tratamiento ha sido más prontamente instituido.

En cuanto á la accion del suero sobre los diversos elemen-

---

(1) «Zeitschrift für Hygiene und Infections Krankheiten», XVI, 3. Analizado en «Semaine Médicale», 1894, núm. 50.

tos de la enfermedad, hay en este trabajo notables diferencias con los que hemos analizados más arriba. Así, admite una accion bien marcada sobre las laringitis diftéricas: en 31 casos graves de crup, la traqueotomia fué retardada y definitivamente evitada por las inyecciones de suero.

Recientemente, *Strahlmann* (1) (de Wildenshausen) ha publicado una estadística de 48 casos tratados por el suero de Behring-Ehrlich, con solo 3 muertos, dos por infeccion estreptocóccica y uno por crup.

Si reunimos todas las estadísticas que hemos citado, tendremos para la seroterapia por el método de Behring, las cifras siguientes:

Total de casos tratados	Curaciones	Mortalidad
654	507	22.47 %

Traqueotomizados	Curaciones	Mortalidad
200	117	41.5 %

Hicimos ya notar las principales modificaciones que *Aronson* introdujo al método de Behring, usando el suero del perro, mucho más activo que el del cordero ó cabra, y extrayendo despues un cuerpo sólido que aunque no siendo antitoxina pura, es sumamente enérgica y permite tratar á los enfermos, por medio de sus soluciones, con mayor comodidad, puesto que es menor el volúmen del líquido inyectado. Posteriormente, (2) ha inmunizado el caballo con culturas muy virulentas, atenuadas despues por corrientes de oxígeno; usa el suero de caballo para extraer el cuerpo que hemos indicado que emplea generalmente en solucion á 0.0025 %.

Las estadísticas obtenidas con la antitoxina de Aronson, son más favorables aún que las anteriores, quizá porque obtiene un producto más estable y de una energia mayor que el suero de Behring, cosa que éste no concede.

Baginsky ha presentado á la Sociedad de Medicina de Berlin, (3) el resultado obtenido por él con la antitoxina de Aron-

---

(1) «Algemeine Med. Central Zeitung», 21 de Julio de 1894.

(2) Comunicacion á la Sociedad de Medicina de Berlin, 25 de Julio de 1894. In «Semaine Medicale», 1894, núm. 43.

(3) Soc. de Medicina de Berlin, 25 de Julio de 1894, In «Semaine Médicale», 1894, núm. 43.

son. Ha tratado 163 casos con solo 21 muertos, es decir, con una mortalidad de 13 %.

El mismo médico habia presentado á principios de 1892 (1) una estadística de 118 enfermos tratados por los medios antisépticos ordinarios, con una mortalidad de 38 %.

Con todo, y á pesar de estas diferencias, Baginsky cree que la antitoxina fracasa en los casos de difteria infecciosa; su accion es nula igualmente sobre las complicaciones cardíacas malignas de la difteria.

El doctor *Katz* (2) ha presentado en Junio del corriente año una estadística muy interesante sobre los casos tratados en el hospital del Emperador Federico. El número total de enfermos asistidos en los años 1890, 91, 92 y 93 ha sido de 1081; tratados por los procedimientos antisépticos habituales, suministraron una mortalidad de 38.9 %. Del 1º de Enero á Marzo del corriente año, de 86 diftéricos, tratados del mismo modo, murieron 38 (41.8 %). Desde este momento, se inició el tratamiento con la antitoxina de Aronson. Hasta la fecha de la comunicacion, de 128 niños, habian fallecido solo 17, ó sea el 13.2 %, lo que da una cifra sumamente halagadora en relacion con la obtenida antes del nuevo tratamiento.

La estadística presentada por Aronson al Congreso de Buda-Pesth, (3) comprende los que acabamos de citar y otros más hasta el número de 192, los cuales han dado una mortalidad de 14 % solamente. Unidos á 82 casos tratados por su antitoxina en otros hospitales, tenemos una cifra total de 274 casos con una mortalidad de 15.3 %.

Las diferencias son notables cuando se compara los resultados del tratamiento en los casos de distinta gravedad. De los enfermos de Katz, 45 eran leves y todos ellos curaron; 35 fueron de mediana gravedad y solo hubo entre ellos 1 muerto; por fin, sobre 42 casos graves, hubo 11 defunciones. Cuatro casos en que la faringe estaba cubierta de masas icorosas fétidas, los infartos rodeados de un edema muy pronunciado y en que habia difteria nasal y hemorragias, fueron todos fatales.

---

(1) Soc. de Medicina de Berlin, 3 de Febrero de 1892, In «Semaine Médicale», 1892, núm. 7.

(2) Soc. de Medicina de Berlin, 27 de Junio de 1894, In «Revista de Medicina y Cirugía Prácticas», núm. 437, y «Semaine Méd.» núm. 39.

(3) «In Semaine Médicale», 1894, núm. 52.

La antitoxina de Aronson se inyecta ahora á las dósis de 20 cc. á los niños muy graves y á los menos graves de 5 á 8 segun la edad; al dia siguiente, si no hay mejoria se repite la misma dósis ó un poco menor.

Aronson, en la comunicacion al Congreso de Buda-Pesth, dice que en cuatro meses y medio en que se ha usado su antitoxina, no se ha hecho traqueotomia sino en los niños que á su entrada tenian ya tiraje.

A fuer de cronistas imparciales, debemos hacer notar el poquísimo entusiasmo que todas estas estadísticas publicadas por hombres respetables de Alemania provocaban en Francia. Las revistas se limitaban á dar noticia de aquellas, y cuando alguien se ocupó de la cuestion en conjunto, ó hacia numerosas objeciones como en el articulo de Barbier ya citado, ó pasaba sobre ellas rápidamente y con temor, como en una revista general publicada por Charrin (1) hace pocos meses. Ha sido menester que un autor francés preconizara el método para que la indiferencia se transformara en frenético entusiasmo, á pesar de que sus estadísticas son sensiblemente menos buenas que las de Aronson. Pero lo más curioso es que entre nosotros ha sucedido idéntico fenómeno; se diria que nuestros médicos no han conocido estos estudios hasta el momento en que los diarios políticos han publicado, con ridículas exageraciones, noticias sobre el « descubrimiento maravilloso » atribuido á Roux y que éste, correcto y mesurado, no pretendia haber llevado á cabo.

Ante el Congreso de Buda-Pesth, reunido en el mes pasado, ha presentado *Roux* dos interesantes trabajos publicados luego *in extenso* en los *Annales de l'Institut Pasteur* (2). Los que hayan leido esos trabajos, habrán visto que, léjos de pretender la originalidad con que se ha querido favorecerlo, el distinguido bacteriólogo francés declara que sus « *resultados confirman, en lo que tienen de esencial, los de Behring y de sus colaboradores* » (pág. 611 de los *Annales de l'Institut Pasteur*).

---

(1) La Thérapeutique médicale et la bacteriologie. « Semaine Médicale », 1894, num. 48.

(2) Contribution à l'étude de la diphtérie (sérum-therapie) par Roux et Martin.

Trois cents cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtériques par Roux, Martin et Chaillou. « Annales de l'Institut Pasteur », 1894, núm. 9.

No escribimos para hombres de laboratorio sino para la generalidad del público médico; no insistiremos, pues, sobre los detalles puramente técnicos que han sido extensamente expuestos en las memorias aludidas.

Roux se sirve, para determinar la inmunidad en los animales, de toxina diftérica (cultivos en caldo en una corriente de aire húmedo) debilitada por la adicion de iodo que, segun lo han demostrado él y Vaillard para el tétanos, atenúa la toxina en diversos grados segun las proporciones agregadas.

Esta inmunizacion es una operacion larga y delicada, pero se la obtiene seguramente tanto por el procedimiento usado por Roux, como por los citados anteriormente.

Como lo han demostrado Bardach y Aronson, el perro dá, una vez inmunizado, un suero mucho más activo que el primitivo de cordero ó de cabra usado por Behring. Roux prefiere, sin embargo, como Aronson últimamente, el caballo para suministrar el suero terapéutico; presenta la ventaja de que es muy fácil de inmunizar y sobre todo la muy apreciable de que se puede sacar á menudo de su yugular, grandes cantidades de sangre sin que su salud se resienta.

No interesa á nuestros lectores la discusion de las diversas medidas propuestas para apreciar la actividad inmunizante de un suero. Como dice Roux, es mas interesante dar de otro modo una idea del poder del suero que se emplea. Así, la toxina que él emplea mata seguramente, en 48 horas, y á la dósis de 1/10 de cc., un chanchito de 500 gramos. Si se inyecta 1 cc. de una mezcla de 19/20º de toxina y 1/20º de suero, el chanchito no sufre perturbacion alguna local ni general; igual cosa sucede si ese c. c. contiene solamente 1/30º de suero; recien á 1/50, hay un ligero edema, pero el chanchito queda bien.

Las experiencias de Roux concuerdan con las de sus predecesores. Si la toxina es introducida primeramente, es necesario para salvar los animales, inyectar tanto más suero cuanto más tarde se interviene y aun, despues de cierto tiempo, el efecto terapéutico es nulo. Entre chanchitos á los cuales se habia dado una dósis de toxina que mata á los testigos en 48.50 horas, los que han recibido, 6 horas despues, una milésima de su peso de suero, han sobrevivido; los que han sido tratados del mismo modo 12 horas despues, han muerto.

Despues de la inoculacion subcutánea del bacilo, la interven-

cion es eficaz hasta un tiempo más largo que en el caso anterior. Se puede curar chanchitos, tratándolos 12 y 18 horas despues de la infeccion, mientras que los testigos mueren en 24 á 30 horas.

No hay objeto en relatar todas las experiencias de Roux y sus colaboradores, puesto que son idénticas á las ya citadas. Señalaremos solamente las que ofrecen alguna particularidad; son, por ejemplo, las hechas inoculando el bacilo en la tráquea de conejos. Se ha demostrado así que las inyecciones de suero son capaces de curar esta difteria aun cuando está muy avanzada. Estas experiencias tenian por objeto saber si podia contarse con la accion del suero en los casos de crup; el resultado parece afirmativo.

Idéntica investigacion queria hacerse para el caso de infeccion diftérica asociada con estreptocóccia, caso relativamente comun en la clínica y que, como se sabe, es de pronóstico muy desfavorable. *Funk* pretende haber demostrado que, en este caso aún, la accion del suero es innegable, pero que es preciso inyectar una cantidad mayor que en las difterias simples.

Roux ha repetido esas experiencias, pero inoculando en la tráquea (y no bajo la piel como Funk), una mezcla de estreptococo y de bacilo de Lœffler. Los resultados nos parecen todavia menos satisfactorios que al autor. Es cierto que el testigo ha muerto el mismo dia, mientras que de los cuatro tratados por suero, uno ha salvado y de los otros tres, dos han muerto mas tarde que el testigo. Pero para hacer demostrativa la experiencia, seria preciso que los testigos hubieran sido en número más ó menos igual que los tratados.

Tuvo luego la idea de emplear simultáneamente en estos casos, el suero antidiftérico y el de conejos inmunizados contra la erisipela. Los resultados no han sido mejores.

El número total de niños tratados en el Hôpital des Enfants Malades, es de 448 con 109 muertos, ó sea una mortalidad de 24.33 %. Ahora bien, esa mortalidad ha sido en término medio de 1890 á 1894, con los otros tratamientos, de 51.71 % sobre un total de 3971 niños. En el mismo período de tiempo, la mortalidad ha sido en el Hospital Trousseau, sin suero, de 63.20 %, sobre 316 niños.

Descartando del número total, 128 que, segun el exámen bacteriológico, no estaban atacados sino de anginas pseudo-

diftéricas, y 20 casos que no han tenido tiempo de ser sometidos al tratamiento, quedarian 300 casos con 78 muertos, ó sea 26 %. Esta estadística, como se vé, dá resultados sensiblemente menos buenos que la de Aronson (15 % de mortalidad sobre 274 enfermos).

El modo de aplicacion es idéntico al de éste: 20 cc. á la entrada, una segunda inyeccion de 20 ó de 10 á las 24 horas, y otra muy rara vez, despues de otras 24 horas.

Segun Roux, los accidentes consecutivos á la difteria serian muy raros, habiendo solo observado parálisis algunás veces.

Entrando á la clasificacion de los casos tratados, tenemos:

120 anginas, debidas exclusivamente al bacilo de Lœffler con 9 muertos (7,5 %); deberia, dicen los autores, restarse de estos muertos, 7 que solo han estado 24 horas en el hospital. Haremos notar que en todas las estadísticas entran casos graves que son los que matan muy pronto; las anginas benignas, diftéricas, se curan con todos los tratamientos. Recuérdese, por ejemplo, que en la estadística de Katz, los 45 casos benignos curaron todos y en los 35 de mediana gravedad, solo uno sucumbió.

Bajo la influencia de las inyecciones, dice Roux, el *estado general* ha quedado excelente; en cuanto á las *falsas membranas*, ellas cesan de aumentar en las 24 horas que siguen á la primera inyeccion; despues de 36, 48, 72 horas á lo más, se desprenden; 7 veces, solamente, han persistido más largo tiempo.

La *temperatura* baja á menudo desde la primera inyeccion, bruscamente; si persiste en las anginas graves, ella no cae sino despues de la segunda ó tercera inyeccion, en lisis. En cuanto al *pulso*, se hace normal con menor prontitud que la temperatura. Parece que la medicacion haya disminuido la frecuencia de la *albuminuria*.

El tratamiento no ha dado el mismo resultado en los casos de *anginas polimicrobianas*. Aquellos en que el bacilo estaba asociado al pequeño coccus (9) han curado todos; sucede lo mismo con los que presentaban estafilococos piógenos (5). En cuanto á las que presentaban asociacion del estreptococo piógeno, bien conocidas por su gravedad, han dado una mortalidad de 34.28 % (12 en 35); siempre ha sido preciso en estos casos emplear mayor cantidad de suero prolongando el tratamiento durante un tiempo más largo. Recordemos

que esto está en contradiccion con los datos de Behring y sus discípulos, segun los cuales el suero nada podria contra la infeccion estreptocóccica.

Los *crups* se distinguen en dos grupos: los *operados* y los *no operados*; de estos últimos, hubo diez con un solo muerto. Los operados fueron en número de 121, con una mortalidad de 56, ó sea 46.28 %.

Los crups debidos al bacilo solo han dado una mortalidad de 30.61 %, mientras que los asociados á los estafilococos ó estreptococos suministraron la cifra de 63 % ó 50 %, quitando los casos que llegaron en último estado de gravedad.

Roux ha excluido todo tratamiento local y se ha reducido á hacer irrigaciones de la garganta con agua hervida ó á la cual se habia agregado 50 gramos por litro de licor de Labarraque.

Insiste con razon en la necesidad de aislar los diftéricos á fin de disminuir en lo posible las infecciones estreptocóccicas asociadas que, como se ha visto, agravan notablemente el pronóstico.

No terminaremos esta reseña estadística sin mencionar el uso que Aronson hace de su *antitoxina como profiláctico;* en niños de familias atacadas, inyectaba un cc. del líquido usado por él.—Sobre 130 niños así tratados, solo 2, dice, han contraído una difteria ligera (1).

No nos detendremos largamente en el estudio del modo *como obra este suero antidiftérico.*

Las experiencias de Behring y Kitasato, probaron que una mezcla de toxinas y de suero antitóxico era inócua para los animales; Roux y todos los investigadores, han confirmado esas experiencias. Pareceria pues que se tratara de verdaderos antídotos ó neutralizantes del veneno.

La cosa no parece ser tan simple. Haciendo esas mezclas en diversas proporciones, sucede que una de éstas que ha sido enteramente inócua para un chanchito de Indias, por ejemplo, provoca edema marcado en un conejo y puede aún notarlo á la larga si se la inyecta en las venas. Más aún, la cantidad de suero ámpliamente suficiente para preservar contra una dósis mortal de virus ó de toxina á chanchitos sanos, no retarda la

---

(1) No nos hemos ocupado en este estudio de la *antidifterina de Klebs,* porque no conocemos experiencias hechas con ella en enfermos y porque su autor mismo parece haber renunciado á emplearla.

muerte de otros de mismo peso, cuya resistencia ha sido debilitada por inoculaciones anteriores de microbios ó inyecciones de productos microbianos. «Si la antitoxina destruyera la toxina, la misma cantidad de suero se mostraria eficaz en todos los chanchitos del mismo peso... ¿La explicacion natural de estos hechos no está en la accion del suero sobre las células? Las células bien vivaces de los animales nuevos, responden al estímulo del suero; en aquellos igualmente vigorosos en apariencia, pero que han sido ya impresionados por productos microbianos, ellos quedan sin defensa ante la toxina (1).» Segun Roux, los principios de los sueros preventivos serian *estimulinas* y no *antitoxinas*; acepta, pues de lleno, las ideas de Metchnikoff.

No es acá el lugar de discutir estas cuestiones doctrinales. Diremos solamente que Berhing no parece estar muy lejos de las ideas de Roux, puesto que para explicar la produccion de las antitoxinas, dice: «No se trata de una neutralizacion directa del virus patógeno, sinó más bien de reacciones provocadas en el animal bajo la influencia del virus diftérico, reacciones que producen la antitoxina (2).»

¿Cuál es el alcance real de la seroterapia?—¿Debe aceptársela como tratamiento exclusivo?

Segun las primeras investigaciones de Behring y sus colaboradores, la seroterapia no tendria en la difteria accion alguna sobre las falsas membranas; siendo así, ella no podria nada en el crup y se limitaria á obrar sobre los fenómenos de intoxicacion, sin impedir absolutamente los accidentes mecánicos de asfixia.

Los últimos trabajos de Kossel, Aronson y Katz, Roux, establecen, por el contrario, que el suero antitóxico ejerce en esos casos una accion de primer órden, puesto que ha impedido la traqueotomia en la gran mayoria de los casos. Este hecho parece resaltar incuestionablemente de las estadísticas y de las experiencias por ellos publicadas. La seroterapia seria, pues, útil en la angina como en el crup, más quizá en

(1) «Annales de l'Institut Pasteur», núm. 9, 1894, pág. 623.

(2) Comunicacion de Heubner (en nombre de Behring) al Congreso de Buda-Pesth.

éste, desde que tenemos contra él mucho menos medios de combate.

¿Cuál es el rol de la seroterapia y de las antitoxinas en la infección estretopcóccica asociada á la invasion por el bacilo de Lœffier? Aquí no nos parece posible establecer conclusiones seguras. Los observadores alemanes creen que en este caso la medicacion no presta mayores servicios que cualquier otra. Roux, al contrario, pretende que puede aún mucho, si bien hay que aumentar notablemente las dósis.

Se recordará que sus experiencias sobre conejos, como sus observaciones clínicas, en este punto son demasiado escasas y muy poco demostrativas. Se nos permitirá, pues, que tengamos como enteramente dudosa la accion de la seroterapia sobre la infeccion estreptocóccica.

En estas condiciones ¿debemos aceptar la seroterapia como tratamiento exclusivo de la difteria? En estos momentos de fervoroso entusiasmo, permítasenos hacer nuestras reservas

La difteria es, ante todo, una infeccion local; posteriormente, una intoxicacion general. Estos hechos han sido establecidos de un modo inconmovible por Roux y Yersin.

Siendo así, no vemos por que el ideal terapéutico ha de ser combatir la intoxicacion que es el efecto consecutivo á la infeccion; en nuestro concepto, el objeto primordial de nuestros esfuerzos debe ser hacer desaparecer la infeccion local, ántes, si es posible, de que haya tenido el tiempo de provocar la intoxicacion. En este sentido, el tratamiento local antiséptico, responde mejor, no tememos decirlo, al ideal terapéutico, que la seroterapia y la medicacion por las antitoxinas.

Tratemos, ante todo, de hacer desaparecer la infeccion; si no lo conseguimos, ó aun conjuntamente con esa tarea, hagamos el tratamiento por las antitoxinas para combatir la intoxicacion general.

Si consiguiéramos por medio de antisépticos apropiados detener fácilmente la infeccion local (como parece suceder con la solucion de Lœffler que estudiaremos en la segunda parte de este trabajo) ¿no bastaria eso para curar el enfermo? ¿Ó dejaremos avanzar la infeccion solo porque creemos poder combatir ventajosamente sus efectos?

No se nos tache de refractarios; hemos tenido siempre, al contrario, una especial satisfaccion en ensalzar cada uno de los progresos de la bacteriologia. Pero creemos que nada hay

tan perjudicial como los entusiasmos excesivos, como las ilusiones defraudadas que traen, en pos de sí, el desaliento y el cansancio.

La seroterapia es, realmente, una conquista preciosa para a humanidad. Pero á condicion de no hacernos olvidar el tratamiento local que no solo debe impedir la intoxicacion, sinó que tambien prevendrá con frecuencia, si no siempre, las infecciones estreptocóccicas secundarias, contra las cuales, lo hemos visto ya, la seroterapia puede muy poco ó nada.

La segunda parte de este trabajo no ha perdido, pues, su actualidad. Nos ocuparemos en ella del tratamiento por los antisépticos.

G. Araoz Alfaro

Ex-ayudante del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública y del Instituto Mineralógico de la Facultad.—Médico del servicio de niños del Hospital San Roque.—Profesor sustituto de Patologia general.

(*Continuará.*)

Las primeras inyecciones de suero antidiftérico en Buenos Aires

EL MÉTODO DE BEHRING EN LA CASA DE AISLAMIENTO

Por el Dr. **José R. Semprun**

Médico de sala

Resumimos á continuacion la historia clínica de los tres enfermitos tratados con la pequeña cantidad de suero preparado por Behring y remitido por el Dr. Ferreyra, sin comentar detenidamente los resultados obtenidos, porque el número de casos observados es aún demasiado reducido para autorizar conclusiones de algun valor.

Difteria circunscrita á la amígdala.—Curacion

Cama Nº. 161.—Venancia, de 4 años y medio, en buen estado de nutricion, sin antecedentes conocidos. Principio *probable* de la enfermedad, el 29 de Octubre.

El dia 30, á su entrada al hospital, tenia 38º de temp. El examen de la cavidad bucal demostró que las amígdalas estaban rojas, aumentadas de volúmen; la del lado derecho cubierta por una pseudo-membrana blanco grisácea, adherente. Pequeños infartos ganglionares del mismo lado. Ligera cantidad de albúmina en la orina. No se habia hecho tratamiento.

El exámen bacteriológico de la pseudo-membrana reveló gran cantidad de bacilos de Löffler, estreptococos, muy pocos cocos.

Comprobado el diagnóstico, el Dr. Penna inyectó 5 centímetros cúbicos del suero. A las 6 p. m. del mismo dia la temperatura era de 37º2, la placa estacionaria. *Dia 31*: temp. 36º8, pulso regular; la placa se desprende fácilmente y no se ha extendido. Inyeccion de 3 cc. de suero. *Dia 1º de Noviembre*: temp. 37º2, pulso regular; las amígdalas están completamente desinflamadas y cubierta la derecha por un exudado blanquecino, poco adherente; no hay albúmina en la orina. El exámen bacteriológico demuestra que existe todavia el bacillus de Löffler. No se hace inyeccion.

Dia 2: temp. normal; amígdalas limpias, rojizas y cubiertas por un exudado mucoso. *Dia 3*: amígdalas enteramente limpias; estado general, excelente. Se la dá de *alta*.

Difteria faríngea extensa; difteria nasal; crup.—Curacion

Cama Nº. 160.—Luisa, de 2 años de edad, en muy mal estado de nutricion (verdadera miseria fisiológica), y con Keratitis intersticial. *Crup* en 2º período (tiraje supra-esternal, disp-nea lijera, cianosis); pulso rapidísimo; temp. 39º. *Coriza* muy abundante, sero-purulento; placas en las alas de la nariz y en los labios; *todo* el fondo de la garganta tapizado por un exudado pseudo-membranoso, blanco grisáceo, muy adherente; infarto ganglionar notable de los dos lados; ligera bronquitis mediana. Al exámen bacteriológico encuéntrase gran cantidad de bacilos de Löffler, numerosos

estreptococos y cocos, predominando los primeros. Por consiguiente, *difteria polimicrobiana*.

Fué preciso hacerle una inyeccion de cafeina porque el estado gravísimo en que se hallaba, indicaba un fin muy próximo. Un cuarto de hora despues, habiendo reaccionado algo la enfermita, el Dr. Penna le inyectó 5 cc. de suero (11 a. m.). La temperatura que habia sido de 39º, bajó á 38º á las 3 p. m., á 37º4 á las 6, id. á las 9, á 37º3 á las 12 p. m. y á 37º á las 3 a. m. Lijerísima remision en el estado general.

Dia 31: Mismo estado general que el dia anterior; inyeccion de 6 cc. de suero; temp. 36º9 a. m., 37º4 p. m.

1º de Noviembre: Temp. 37º4; mejoría notabilísima; no hay dispnea ni tiraje, los síntomas de bronquitis han desaparecido. Las amígdalas están cubiertas por un exudado blanquecino que se desprende fácilmente; igualmente la úvula y la pared posterior de la faringe; no hay coriza; la niña está muy tranquila.

Dia 2: Estado igualmente satisfactorio; no se hace nuevas inyecciones.

Dia 3: De *alta* por su difteria.

Difteria faringea y nasal—Traqueo-bronquitis diftérica—Bronco neumonia diseminada—Miocarditis—Muerte

Cama Nº. 158.—Roberto, de 1 año y 2 meses. Malísimo estado de nutricion; agitacion extrema, dispnea paroxística, tiraje supra-esternal, afonia completa, tos ronca; infartos ganglionares. Coriza purulento muy abundante. El exámen de la cavidad bucal demuestra que las amígdalas, etc. están cubiertas por un exudado pseudo-membranoso muy adherente, de color blanco grisáceo. Bronquitis (de los bronquios medianos y finos). Pulso á 180, respiracion á 60, temp. 39º3. En el primer exámen bacteriológico se encontró pocos bacilos de Löffler, numerosos estreptococos y cocos. Un segundo exámen en el laboratorio de la Asistencia Pública, no reveló bacilos de Löffler característicos; habia pequeños bacilos muy parecidos á aquellos y grandísima

cantidad de estreptococos y cocos. A este enfermo, lo mismo que á la anterior, se le habia hecho, en la Casa de Expósitos, tocamientos con glicerina al sublimado.

Se le practicó una inyeccion de cafeina y, al cabo de un cuarto de hora, otra de 6 1/4 cc. de suero. A la 1 p. m., un vomitivo de ipeca para desembarazar los bronquios. A las 3, la temp. era de 39°2, respiracion 50, pulso 130; dispnea y tiraje. A las 6, temp. 39°6, respiracion 50, pulso muy débil, filiforme, incontable; tiraje poco marcado; cianósis, Inyeccion de cafeina. A las 6, temp. 37°8; respiracion 40, débil y superficial; no hay tiraje. Pulso imperceptible, corazon muy débil, pupilas dilatadas, enfriamiento de las extremidades. *Muere* á las 10 p. m.

La autopsia hecha al dia siguiente á las 10 a. m., demostró que existia una difteria faríngea, laríngea y nasal y traqueo-bronquitis diftérica. Focos diseminados en ambas bases de bronco-pneumonia. Miocarditis aguda, tomando casi todo el ventrículo izquierdo. Nefritis aguda. Gastritis crónica.

El exámen bacteriológico de las pseudo-membranas de la tráquea y bronquios, demostró que los estreptococos estaban en cantidad innumerable; no fué posible aislar el bacillus de Löffler, pero las lesiones encontradas en la autopsia, demuestran que se trataba de un caso de difteria bien característico.

El suero inyectado fué el llamado de *poder mediano*; las inyecciones hechas con la jeringa de Koch profundamente en la region glútea, son poco dolorosas. Cinco minutos despues, no hay ya dolor; no se produjo tampoco induracion del tejido celular.

Buenos Aires, Noviembre 4 de 1894.

Las afecciones venereo-sifilíticas, la tuberculosis y las paperas en las tropas de la guarnicion

Fragmentos de un informe presentado por el **Dr. Francisco de Veyga,** Cirujano del Ejército

El cirujano de Division, Dr. Francisco de Veyga, jefe del servicio de sanidad de la Guarnicion de Buenos Aires, ha pasado al comandante en jefe de estas fuerzas, un extenso informe sobre las condiciones higiénicas de los cuarteles y las causas de la morbosidad en las tropas.

De la parte referente á la etiología de las enfermedades reinantes en ese grupo viviente, tomamos los fragmentos mas importantes y de mayor interés.

.....

Si se examinan las planillas mensuales de estadística de los cuerpos de la guarnicion, se ve ante todo que las enfermedades que predominan en todos ellos son las venéreo-sifilíticas, en proporciones tales, que francamente alarman. Así, por lo que respecta al mes de Junio ppdo., tenemos, en los cuerpos de mayor efectivo, las siguientes proporciones numéricas con relacion al total de enfermos:

Ingenieros	37.5	%
Artilleria	47	»
8º de Infantería	37	»
10º » »	25	»

Siguen despues en orden de frecuencia las afecciones traumáticas, que varian de un cuerpo á otro en proporciones considerables segun los ejercicios del arma y las faenas que emprenden.

Así, en el Regimiento 2º de Artilleria donde se ha estado preparando caballos para las piezas, la proporción de accidentes es de un 40 %; y en los batallones 8º y 10º de infanteria, que no han tenido faenas extraordinarias, las afecciones traumáticas no han alcanzado en el

primero de éstos sino á un 19 % y en el segundo á un 16 %

Despues vienen las afecciones orgánicas, donde van comprendidas todas las enfermedades locales de los órganos internos, — hígado, estómago, etc., — sin referencia á las causa originaria sino al asiento mismo de la lesion.

Y, por último, al final de esta escala se tienen las enfermedades infecciosas, las enfermedades realmente temibles para el medio militar, donde en el mayor desahogo se sufre el contacto, donde la vida es tan íntima y por consiguiente la transmision del contagio más fácil y más rápida. Si buscamos cuáles son las enfermedades que componen en este grupo la cifra numérica, encontramos sin dificultad que la inmensa proporcion le corresponde á dos infecciones de órden y de carácter distintos: las *paperas* y la *tuberculosis pulmonar*, enfermedades ambas que han tomado raíces estables y cuya accion tenaz y general es la causa mayor de la disminucion de los efectivos.

.....

De este cuadro así trazado á grandes rasgos, se deduce que hay tres grandes plagas que afligen nuestras tropas: las afecciones venereo-sifilíticas, la parotiditis infecciosa (paperas) y la tuberculosis.

Veamos cuál es el factor principal de produccion de cada una de estas enfermedades, estudiando comparativamente su desarrollo en el medio civil, es decir, en el medio ordinario y en el medio militar, para poder despues comprender cómo en este último medio, han podido ellas tener un ancho campo de desarrollo.

Las afecciones venereo-sifilíticas tienen su orígen en el contacto sexual y su propagacion la produce indistintamente el hombre ó la mujer, por la incuria, por la ignorancia ó por esa falta de consideracion hácia el prójimo, que es la característica de la gente que ha adquirido el hábito de esas enfermedades. Para evitar la difusion de estos males en la sociedad civil, se ha recurrido á medios que si bien tienen un valor absoluto probado, en cambio tienen poco alcance ulterior, con respecto á la masa total: quiero referirme al exámen de las prostitutas patentadas, bajo reglamentos severos; éstas están puras de

mal en sus funciones, es cierto, pero los hombres, que no sufren exámen alguno, ni parece que puedan sufrirlo, están enfermos en una considerable proporcion; de modo que la ventaja única producida por este sistema, es ofrecer á un público dado, ciertas seguridades mayores de inocuidad.

En el medio militar la transmision se efectúa tambien casi exclusivamente por los órganos sexuales, sin embargo de que el contagio por el uso de los mismos útiles de rancho, del mate sobre todo, da una mayor frecuencia al contagio no venéreo. Los medios de combatir su propagacion son el exámen tambien, más ó menos minucioso y frecuente segun el sitio y el momento, pero con una ventaja en favor de nuestro medio, y es que el control se lleva sobre el hombre y la mujer conjuntamente, haciéndose inspecciones generales cada quincena ó cada mes sobre las mujeres y sobre la tropa.

En absoluto, aquí como en el medio civil, la pureza venérea seria imposible aun cuando las medidas que se tomen contra la propagacion del mal sean mayores y mejor cumplidas, pero debia haber una cifra de morbosidad en este punto, casi próxima á cero. ¿Por qué no sucede así? ¿Por qué, al contrario, es tan elevada la proporcion numérica? Yo creo que la razon principal de este exceso está en la promiscuidad de los soldados, sobre todo en ciertos cuerpos, en que hay, adyacentes á las carpas militares, un número de carpas no oficializadas o en cuya vecindad hay conventillos ó casas de inquilinato de gente pobre; la accion policial del batallon no se ejerce más allá de las mujeres reconocidas como de su tropa, de modo que aun en el mismo campamento femenino hay gente cuyo estado está sujeto al control médico y gente que está fuera de él, gozando de la tolerancia más completa en materia de higiene, como en materia de vida. Despues, por otro lado, el cambio constante que se opera en la composicion de estos núcleos femeninos, ya sea por la expulsion de ciertas mujeres que cometen faltas de órden, de moralidad ó de fidelidad conyugal, sea por la aceptacion de otras nuevas que llegan con los contingentes de enganchados de las provincias, sea por la entrada accidental de otras que han pertenecido á la comunidad ó están muy ligadas

á ella, produce el contrabando morboso con tanta facilidad y con tanta frecuencia.

Los cuerpos que tienen aisladas sus mujeres, como el batallon 10º, por ejemplo, que ha hecho el campamento femenino dentro de su propio cuartel, y en cuya vecindad no hay por otra parte centros de distraccion al alcance del soldado, la cifra de la morbosidad venereo-sifilítica ocupa en el cuadro estadístico un lugar menos elevado: 25 %.

Si tomamos en conjunto las cifras que la estadística nos dá de la morbosidad venerea y lo referimos á la morbosidad general, primero y despues al efectivo real de las tropas, tenemos las siguientes proporciones numéricas:

Relacion de la morbosidad venérea á la morbosidad general en los cuerpos señalados, 40 %.

Relacion del número de enfermos venéreos al efectivo real de los mismos cuerpos, 72.8 por 1.000 hombres ó 7.28 %.

Si comparamos ahora estas cifras con las que dan las estadísticas de los ejércitos francés, prusiano y austriaco, en donde la profilaxia de las enfermedades venéreas se ha efectuado en la misma forma que entre nosotros, es decir, haciéndose una vigilancia estricta por los médicos militares sobre los soldados y por los médicos municipales sobre las mujeres públicas de los acantonamientos en que aquellos están establecidos, vemos que, sin usarse allá este amaritamiento que nosotros tenemos oficialmente autorizado y sobre el cual el médico militar ejerce su accion policial amplia, hay una proporcion notablemente mayor en las estadísticas nuestras.

Así, en Austria-Hungria en 1874 es de 53 por 1000 de efectivo y en 1887 de 68 por 1000.

En Francia	en 1888	de 55	por 1000	hombres
»	1889	» 45	»	
»	1890	» 43	»	
En Alemania	en 1878/79	38	»	

Verdad es que en aquellos ejércitos, sobre todo en el francés y el inglés, ha habido en otro tiempo una cifra mucho mayor de la actual, la que ha alcanzado hasta 106 por 1000 en el primero de estos ejércitos en 1862, y que en

otros, como en el italiano muy recientemente ha llegado esta cifra á 107 por 1000, pero hay que tener presente que las medidas de inspeccion tomadas han producido un descenso marcado de año en año hasta dejar una proporcion que siendo ya más reducida, sigue bajando siempre, lo que aduce en favor de las medidas tomadas.

La guarnicion de Buenos Aires, en el estado actual de su servicio médico, y con los recursos con que cuentan las tropas, no deberia presentar en conjunto una cifra mayor que la que da el batallon que ofrece la mínima en sus cuadros estadisticos; esta mínima es la del batallon son casi constantemente los precursores de la enfermedad, no por eso son infaliblemente su manifestacion; se carga en los cuadros de la morbosidad al haber de la *hemoptisis*, de la *bronquitis*, de la *pneumonia* y sobre todo de la *pleuresía* una gran parte de la cifra que corresponde verdaderamente á la tuberculosis.

Si alguna cifra pudiera citarse para señalar la proporcion de la tuberculosis pulmonar en el ejército, ella seria la muy abrumadora que presenta la de mortalidad en el Hospital Militar de la Capital, donde, sobre siete individuos fallecidos en el mes de Mayo ppdo. cinco han sido de esta afeccion, lo que da un 71 % sobre el número total de muertos.....

.....

En el medio militar todas estas circunstancias se reunen para formar una patogenia compleja, que despues del estudio que hemos hecho de las condiciones de vida del soldado se hace mas clara cada vez.

Empezando por las causas predisponentes y sin ocuparnos mas de aquellas cuya existencia está fuera de discusion, vemos resaltar ante todo la que es efecto del hacinamiento, la *insuficiencia de aire respiratorio*, lo que por sí solo, en ausencia de cualquier otro factor, es de sobra para crear la receptividad mayor á la enfermedad; despues vienen la edad y la raza, dos elementos de gran valor que agregados al anterior le dan al desarrollo de esta enfermedad tanto estímulo. Entre las causas determinantes está en primera línea, el cambio de clima en los reclutas venidos de las provincias montañosas, el cambio de vida y de régimen en los que pertenecen al elemento urbano.

Pero es sobre todo en los primeros donde la tuberculosis

hace sus estragos; reclutados en las provincias del norte ó en Cuyo, donde el aire es menos denso por la altura á que se encuentran sobre el nivel del mar, los soldados llegados á esta capital, que está edificada sobre la playa en una llanura baja y húmeda, sufren un cambio marcado en sus funciones respiratorias al cual no pueden habituarse rápidamente en razon de la exigencia de las circunstancias que tienen forzosamente que aceptar. Y los contingentes venidos de las regiones montañosas forman una inmensa proporcion con respecto á los que renuevan los cuadros del ejército de guarnicion en Buenos Aires; sino, que lo diga Mendoza, que desde hace un tiempo está protestando enérgicamente, en razon de conveniencias industriales, contra las 11 ó 13 oficinas de reclutamiento que se han establecido allí, llevándose todo brazo útil.

.....

Si se hiciera un estudio estadístico por regiones, de la reparticion de la tuberculosis del ejército, se veria la razon de mi aserto; yo daria en apoyo á los resultados terminantes que este trabajo formulara, las observaciones que tengo recogidas durante el tiempo, muy corto por cierto, que fuí médico de la sala de tuberculosos del Hospital Militar de la Capital (porque hay una sala especial de tuberculosos en el Hospital Central!) entre los cuales figura una muy concluyente: 15 soldados del batallon 9º de infanteria pertenecientes todos á un contingente de 22 hombres traídos de Salta hacia unos seis meses, fueron reconocidos en mi sala como tuberculosos y declarados inútiles para el servicio...

.....

Concentrando las miradas en el batallon 10º de infanteria, para aplicar á él las vistas formuladas, nos encontramos ante todo que un medio respiratorio con solo *ocho metros cúbicos por hombre* es el campo mas propicio que pueda tener el cultivo para la afeccion de que estamos tratando y que si bien las cifras de una estadística dan lugar á despreciar el espanto que al médico puedan causar la consideracion de las consecuencias de semejante pobreza de aire, hay que fijarse en que el proceso tuberculoso no es súbito, sino relativamente lento, de modo que si no ha dado al hospital mas que seis casos de tuberculosis en seis meses corridos de Enero á Junio, no está libre de que de

un momento á otro se declaren con nitidez nuevos casos que han esperado terminar la incubacion del mal, sobre todo cuando tiene en sus libros de enfermerias y de remision de enfermos al Hospital, una proporcion considerable de individuos que han sufrido bronquitis, congestiones pulmonares, y otras afecciones del aparato respiratorio.....

.....

10º de infanteria que, como he dicho antes, solo daba un 25 °/o en relacion á la morbosidad general, lo que quiere decir comparándole al efectivo real de su fuerza una proporcion de 28 enfermos venereos por 1000 hombres.

De aquí, tomado este dato como punto de partida, se deberia ir contando hácia abajo mes á mes la proporcion, hasta alcanzar á un número que siendo uniforme para la guarnicion toda, sea casi insignificante

Yo creo que al fin la disminucion de las enfermedades venéreas seria la única razon de existencia de las familias de soldados como institucion militar agregada, paro dudo pueda llegarse en poco tiempo á obtener el desiderátum arriba expresado.

La *parotiditis infecciosa* no es una enfermedad extraña al soldado de esta tierra, como no lo es en el extranjero.

Su existencia en nuestro ejército debe datar de hace muchos años, por los datos que suministran verbalmente algunos jefes militares, de epidemias en pequeño ocurridas en los cuerpos de su mando (el 11º de Infanteria en Tucuman en 1891, etc.), pero su carácter *endémico*, tal como el que ha tomado en este momento en la guarnicion de esta Capital, es la primera vez que se nota. La actual endemia apareció en el mes de Noviembre del año ppdo. en una estacion que por cierto no le era favorable; originada segun parece en el Batallon 1º de Infanteria, venido de Córdoba hacia muy poco, donde habia estado sólo dos meses, y extendida á los otros cuerpos por el contacto de los destacamentos de guardia en la casa de Gobierno que semanalmente se renuevan, su presencia se marca por la aparicion de nuevos casos cada dia hasta el momento actual.

El doctor Cabral, cirujano con servicio en el Hospital Militar, que lleva hecho un estudio muy prolijo de esta enfer-

medad desde su aparicion, cree que ella tuvo su origen en un caso que apareció en el Hospital mismo entre enfermos de otras afecciones que no eran de este género y de allí se propagó en seguida al destacamento de la Casa de Gobierno, cuyo cuerpo de guardia vino á ser desde ese momento el punto de generalizacion. Desde Noviembre hasta ahora, van ya unos 200 los casos que por lo menos se han notado en nuestra guarnicion, de los cuales unos 150 se han asistido en el Hospital y el resto en los locales de aislamiento establecidos en los cuarteles mismos.

Recorriendo los libros y memorias, que son tantos, referentes á este asunto, vemos que su naturaleza ante todo es un punto de controversia, que su etiología no es aun bien conocida, aun cuando nadie duda que el frio y la humedad son los principales factores de su desarrollo, que las complicaciones mismas que produce, como la orquitis, no tienen una explicacion tan clara como fuera de desearse; pero vemos tambien que esta afeccion tiene una marcada predileccion por los niños y los adolescentes, á tal punto que puede tenerse una relativa certeza de inmunidad en la edad adulta y sobre todo en la vejez. En el ejército francés, donde la parotiditis infecciosa ha atacado con teson ciertas tropas cebándose en los soldados más jóvenes, se ha notado que la enfermedad tomaba un carácter epidémico anualmente despues de la llegada de los contingentes de reclutas (Marvaux, Maladiesdes Soldats, 1894). En otros puntos, se ha comprobado que la aparicion de esta enfermedad en los cuarteles, coincidia con la existencia de epidemias en pensionados y en colegios de la localidad.

.....

Todo hace creer que es por medio de las agrupaciones infantiles atacadas y merced á la receptividad de los soldados jóvenes, que estas epidemias de paperas entran y persisten en los cuerpos de tropas ayudadas por la existencia de circunstancias determinantes comprobadas, como el frio y la humedad.

.....

Nuestros cuarteles presentan mejor que los de cualquier otra parte condiciones especiales de vida á esta enfermedad, por el contacto y hasta la intimidad que los soldados tienen con los niños de esas poblaciones agregadas á los cuerpos.

Si en Francia son los reclutas, si en todas las otras partes son los niños y los adolescentes de los colegios infestados los que causan por su accion más ó menos próxima la aparicion de la parotiditis en los cuerpos, aquí son los niños de los soldados que están en contacto con ellos en los cuerpos ó en las cuadras del cuartel, los que producen su iniciacion y los que entretienen su existencia.

En el Batallon 10º de Infanteria no es extraño que haya paperas, y que ellas se muestren durante mucho tiempo aún, dada la presencia de tanta familia en el patio interior.

El frio y la humedad poco han aumentado la intensidad de la epidemia como en otras ocasiones se ha visto, pues aparecida al fin de la primavera ha atravesado el verano y continúa bajo el invierno sin ofrecer variaciones en relacion con la temperatura.

Si esta enfermedad no trajera para los cuerpos otra consecuencia que la disminucion temporaria de sus efectivos, ya habria una razon muy séria para poner en juego las medidas conducentes á su desaparicion, pero es que esta afeccion tan sencilla en apariencia, de tan corta duracion, de una mortalidad nula, es para el soldado, individualmente, la causa de un mal mayor, que aparece despues de recibir el alta para el servicio y que lo deja inutilizado ó por lo menos lesionado en su funcion reproductiva. Quiero referirme á la *orquitis* que se presenta con tanta frecuencia al final de la convalecencia de esta enfermedad (un tercio de las veces segun Laveran, art. Oreillons, del Diccionario de Dechambre) y que, casi indolora, poco intensa y de corta duracion como es, va seguida en un espacio de tiempo que no es largo, de la atrofia del testículo.

Si hay gravedad en las consecuencias de las afecciones venéreo-sifilíticas porque la salud de la generacion producida bajo su existencia, está amenazada y muchas ve-

ces atacada sériamente, hay gravedad igual en esta castracion traidora é irreparable que ocasiona *las paperas*. Yo no me esforzaria en demostrar cuanto afecta al ser humano esta inutilizacion que se efectúa así silenciosamente, pero sí debo decir que, si á los ojos de los codificadores en materia penal la castracion criminal ha merecido ser considerada la primera y más punible entre las lesiones corporales (art. 120, Cód. Penal) á los ojos de un gobierno que mira al porvenir como el nuestro, debe parecer el flagelo más temible aquel que, como la orquitis de este orígen, le dá una cosecha anual tan abundante de eunucos.

(*Concluirá.*)

Equivalencia de las preparaciones oficinales del ópio

Cantidad de morfina que contiene cada gramo de estas

DÓSIS MÁXIMA Y MÍNIMA

PREPARADOS OFICINALES	EQUIVALENCIA — El ópio bruto igual á 1	MORFINA POR GRAMO — El ópio bruto contiene 10 %	Dósis	
			Mínima	Máxima
Polvos de ópio.....	1.—	0.1000	0.05	0.20
Extracto.....	0.50	0.2000	0.01	0.10
Gotas negras inglesas....	2.—	0.0500	I	V
Laúdano de Rousseau....	4.—	0.0250	II	XX
» de Sydenham...	8.—	0.0125	V	XL
Tintura.....	8.—	0.0125	V	XL
» de extracto.....	7.—	0.0126	V	XXX
Elixir paregórico.....	100.—	0.0050	2	20
Jarabe (20 grs. 4 ctgs ext)	500.—	0.0020	5	50
» diacodio (20. 1)...	2000.—	0.0005	20	100
Polvos de Dower.....	0.20	0.0200	0.1	1.00

G. M.

NOTA.—Los números latinos expresan gramos y los romanos gotas.

SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA

CUERPOS EXTRAÑOS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

Sesion del 26 de Octubre

PRESIDENCIA DEL DOCTOR WERNICKE

Se acepta como sócios, á los doctores Pedro J. Coronado Eliseo Segura y Cecilio Lopez.

Se acepta la renuncia del doctor Pacheco, secretario de actas, y se elige en su reemplazo al doctor Padilla.

Dr. Segura.—Relata el caso de un individuo observado en la clínica laringológica del profesor Obejero. Hace cuatro años, este enfermo fué tomado de un pañuelo que llevaba en el cuello por la rueda de engranaje de una máquina, y sufrió de este modo una especie de estrangulacion con heridas en la region laringea; tuvo en seguida profusas hemorragias por la boca y la nariz, dispnea intensa, disfagia notable. Continuando mal á pesar de haber sido asistido, vino al Hospital San Roque tres meses despues (Febrero de 1890), y en el servicio de cirujia se le practicó la traqueotomia, dejándosele una cánula en permanencia.

El enfermo volvió de nuevo al campo, pudiendo respirar bien por su cánula y encontrándose casi bueno. Pero, en el mes pasado, queriendo sacar la cánula para limpiarla, se le quedó el pabellon entre los dedos, desprendiéndose del tubo que cayó á la laringe y que el enfermo no pudo extraer. Tuvo entonces gran agitacion, dispnea, tos, etc., y al cabo de ocho dias se presentó al Hospital de Clínicas. El doctor Posada, así como el doctor Obejero, al principio no dieron crédito á lo que el enfermo les referia, pues éste se encontraba ya bien, sin dispnea y casi sin tos. No obstante, como él insistiera en

pedir que se le sacara la cánula, resolvió el doctor Obejero cocainizarlo y explorar sus vias respiratorias. Introdujo un largo estilete de 14 cms., y solo cuando éste estuvo todo entero dentro, chocó con un cuerpo que daba un sonido metálico, como pudo comprobarse cuando otra persona auscultaba; el estilete habia penetrado, á juzgar por la direccion, en el bronquio izquierdo. Por medio de una larga pinza se consiguió entonces sacar la cánula que parecia estar perfectamente libre.

El orador relata luego experiencias hechas en el cadáver, que le permitieron ver cuán fácilmente una cánula podia penetrar en los bronquios, y hace notar que ésta se dirigia siempre al izquierdo, que, como se sabe, está en continuacion más directa con la tráquea.

La herida de traqueotomia que el enfermo presentaba no estaba en la línea media; probablemente se aprovechó de una de las dejadas por el traumatismo para introducir la cánula por una de las alas del cartílago tiróides. En el Hospital San Roque no ha quedado historia detallada de este enfermo.

El exámen laringoscópico ha permitido despues reconocer las lesiones dejadas allí por el traumatismo de hace cuatro años. La laringe ha cambiado enteramente de forma: las alas del tiróides cabalgan, los pilares están insertados en los cartílagos critenóides y no dejan entre sí sinó un estrecho canal vertical que hace la respiracion muy difícil sin la cánula traqueal.

Es notable la tolerancia con que el enfermo soportaba la cánula en su bronquio, hasta el punto de hacer dudar de la veracidad de su relato. El doctor Segura no ha encontrado en la literatura médica un caso idéntico.

Cuerpos extraños de otras cavidades

Dr. Máximo Castro.—Presenta varios grandes fragmentos de madera que extrajo de la nariz de un individuo que habia sufrido dos años ántes una herida ocasionada por vigas de madera, en un aserradero del Rosario. Le quedó desde entonces un coriza con secrecion purulenta, pero el enfermo no sospechaba que alojaba en su nariz semejante masa de cuerpos extraños.

Dr. Decoud.—Hace notar la gran frecuencia con que cuerpos extraños se encuentran en las cavidades más accesibles. Relata como más especial el caso de un soldado al que extrajo un boton de camisa del conducto auditivo externo; hacia largo tiempo que padecia de una otitis supurada.

Ha extraído muchas veces guias de la vejiga, teniendo que practicar á veces la uretrotomia interna por tratarse de individuos afectados de grandes estrecheces. Se sirvió con más éxito que del aparato de De Guyon, de un litotritor para niños en otros casos.

Dr. Wernicke.—Presenta una *babosa* (*¿ limax bonaerensis ?*) que fué expulsada de una vagina. Puede asegurar que no ha habido supercheria alguna y que el animal ha habitado realmente la vagina, donde ha sido introducido probablemente ya adulto.

El *Dr. Obejero.*—Refiere varios otros casos: un alfiler á 35 cms. en el esófago; una espina de pescado en la laringe de un niño de seis meses; una bala que se detuvo en el conducto auditivo de un suicida, etc.

La electricidad en la exploracion de los cuerpos extraños

Dr. Costa.—A propósito de los casos relatados, desea hacer notar el gran partido que puede sacarse de la electricidad en la exploracion de los cuerpos extraños metálicos.

Polaillon presentó en 1889, á la Academia de Medicina de Paris, un prestidigitador que pretendia haberse tragado un tenedor y en el cual el hecho pudo comprobarse gracias á la electricidad. Entre los medios de exploracion, uno de los más conocidos es el *aparato de Trouvé*, que consiste en dos hilos encerrados en un mandrin que se introduce como una sonda esofágica y que, estando en comunicacion con pilas y timbres, hace sonar éste en el momento en que un cuerpo metálico cierra el circuito. Si se trata de un cuerpo blando, el plomo, por ejemplo, en el cual con una presion ligera pueden penetrar los dos hilos, el timbre suena constantemente; lo hace, al contrario, con intermitencias, si el cuerpo extraño es cobre ó hierro.

En el caso de Polaillon, un *electro iman* aproximado al estómago, producia una gran prominencia del tenedor hácia la pared abdominal.

Con motivo del atentado contra el Presidente Garfield, Hughes inventó en los Estados Unidos, otro aparato que es una verdadera maravilla. Se trata de carreteles en comunicacion con un micrófono y un teléfono en una disposicion bastante sencilla, pero que no podemos expresar claramente en esta crónica; la proximidad de un objeto metálico, aún sin aplicar el aparato al cuerpo, determina la produccion de ruido y por medio de tanteos, es posible darse cuenta del lugar aproximado en que el cuerpo extraño se encuentra. Se puede así determinar en cuál de las dos manos se tiene encerrado un pedazo de hierro del tamaño de una arveja.

Dr. Mendez.—Refiere dos casos de cuerpos extraños ocasionando la muerte, comprobados en las autopsias practicadas en la Asistencia Pública. Era el uno, el de un niño que, habiendo respirado en la vagina, fué asfixiado por una partícula de mecósis. El otro se refiere á un adulto que no era loco ni estaba ébrio, en quien un gran bocado de carne se habia encajado en la faringe, deprimiendo la epiglosis y obturando la laringe.

El *Dr. Esteves.*—Recuerda el famoso caso de un hombre que se introdujo un aislador de telégrafo en el recto, y que operó con tan mal éxito el doctor M. A. Montes de Oca el año 80 ú 81.

El *Dr. Obejero.*—Refiere el de un hombre que recibió en la guerra franco-prusiana una herida de bala en la region malar. Creia que la bala habia salido, y once años despues se presentó con un tumor en la laringe; la exploraciones y tentativas de extraccion destruyeron un poco la mucosa y dejaron ver algo de un color negruzco. Se creyó en un cáncer melánico; cuando el enfermo debia ser operado, presentó sonriente al médico la bala que, en un acceso de tos habia sido expulsada de la laringe.

El *Dr. Molinari.*—Refiere que en el momento de un parto, fué llamado en el Hospital Rivadavia porque la partera notó

alrededor de un pié del niño, un aro circular, que se creyó era una circular del cordon. Él pudo comprobar que se trataba de un pesario que, segun declaró la enferma, le habia sido colocado antes del embarazo.

NOTAS TERAPÉUTICAS, QUÍMICAS Y BACTERIOLÓGICAS

Por el Dr. **Susviela Guarch**

De la casa Demarchi, Parodi y Ca.

Desinfeccion de las manos por el polvo de mármol

Dado que los cepillos usados comunmente para la desinfeccion de las manos no satisfacen de manera alguna las exigencias de una asepcia completa, informa Wittkowski de Berlin, sobre la esterilizacion recomendada por Schleich, por medio del jabon de polvo de mármol. (*Ther. Monatsh*, 1894, 7), El reconocimiento bacteriológico confirma las esperanzas y seguridades previstas del jabon de mármol. Se aplica este jabon de la manera siguiente:

Empleando el cepillo, se lavan las manos con jabon y agua caliente durante varios minutos y se enjuagan por último bajo agua corriente. En 1700 casos en que se empleó este método de esterilizacion no se presentó jamás rastro de infeccion.

(*Munch. Med. Wochenschrift. Medizinische Novitäten*, 1894, 36.)

Ovulos vaginales

Por J. V. Péquart

La glicerina solidificada por la gelatina, está destinada á ser el vehículo para la aplicacion cómoda y segura de los medicamentos y en este concepto, los óvulos vaginales provistos de las diferentes sustancias que sirven de tópico local en los catarros de la vagina, etc., serán de un recurso cómodo y seguro para el tratamiento.

Para los óvulos y supositorios puede usarse la siguiente fórmula:

Gelatina blanca de mesa..... 30 gramos
Agua destilada..... 45 »

Dejadas en contacto por dos ó tres horas, agregar:

Glicerina pura á 30º..... 165 gramos

Será necesario agregar préviamente la sustancia medicamentosa. Se fundirá todo al baño de Maria y cuando la masa sea homogénea se le dejará medio enfriar y se le colocara en los moldes.

(*L'Union Pharmaceutique.*)

Aceite de hígado de bacalao

Para hacerlo agradable al paladar recomienda *Eisenschitz* el filtrarlo diferentes veces al través del filtro de cal y agregarle Sacarina en vinagre ó éter de frutillas.

(*Rundschau*, 93.)

Oxina.—Nuevo preparado de carne

Desprovista la musculatura de grasa, etc., se extrae, en un aparato especial y á una temperatura de 60º, pudiéndose despues de concentrado el extracto por evaporacion, formar tabletas y pastillas por compresion, obteniéndose un alimento de riqueza indiscutible.

(*Archiv. für Nahrungsmittel*, VIII.)

Aplicacion de la antisepsia al método hypodérmico

POR EL DR. BERLIOZ ET DUFLOCQ

El uso cada vez mas generalizado de las inyecciones hipodérmicas, ha llevado á los autores á idear la manera de esterilizar pequeños tubos de ½ y 1 cc. de líquido, sellados á la lámpara y de los que en cualquier momento, puede aspirarse con la jeringuilla comun, el líquido destinado á la inyeccion. Se comprende toda la ventaja del estado aséptico de estos líquidos. Los tubos son esterilizados en un aparato especial

introducido en el autoclaro ó en el vacío cuando se trata de soluciones volátiles y alcoholizadas.

(*L'Union Pharmaceutique.*)

Catgut.—Su desinfeccion

Esta se practica en la clínica quirúrgica del Profesor Bergman en Berlin, colocando el catgut despues de quitarle toda la grasa, en alcohol sublimado, cambiándole varias veces en esta solucion. Se han practicado experiencias sobre la esterilidad de este catgut varias veces en la clínica, obteniéndose siempre el mejor resultado, sin dejar de haberlo encontrado superior á otros métodos de preparacion con que se les ha comparado.

Braatz, sin embargo, ha hecho la objecion de que el tratamiento usado no está en estado de desinfectar en el espacio de cuatro dias el catgut infestado con bacilus de la pústula maligna.

En consecuencia, Schimelbusch ha hecho practicar nuevas observaciones cuyos resultados contradicen los de Braatz, viéndose por el contrario que la solucion de alcohol sublimado, es capaz de destruir las esporas mismas, en el corto espacio de cinco minutos.

(Comunicacion al Congreso de Cirujanos de Berlin.—Sesion del 12 de Febrero de 1894.)

Sacharina

La recomienda Félic contra la osena, es decir, en una solucion de 1,0 á 1,5 : 500, de agua, con lo cual se lava la nariz dos veces por dia. El mal olor desaparece completamente. La atrofia é hipertrofia de las conchas de la nariz mejoran. Para tratar los casos del último género, se introducen tapones de algodon impregnados de sacharina.

(*Ann. d. mal. de l'oreille*, 1893, 11.)

Serum antidiftérico de Behring

Se vende hoy en dos formas. La primera y mas débil es apropiada para los casos en que se debe aplicar el tratamiento al comenzar los primeros sintomas, y la segunda para los

casos avanzados ó casos graves desde el principio. El precio es de 5 respectivamente 10 marcos.

(*Berliner Klinische* Wochenschrift, 1892, 4, 7.)

Antihelminticum

Como el mejor *Antihelminticum* recomienda Calderone el Thymol en dosis diarias de 0,5-2 gr. Se hace necesario el uso simultáneo de un purgante.

(*Médec. Moderne*, 1894, Nº. 55.)

Antidiarreico

Hugel ha ensayado con detencion en la Policlínica médica de la Universidad de Würsburg, las hojas del *Djamboe* muy apreciadas en Javá como antidarreico, con resultado satisfactorio.

Despues de haber confirmado la ausencia de todo efecto tóxico hasta con dósis de 30 gramos (ya tienen 0,5 gr. en accion terapéutica), se trató un número crecido de niños atacados de diarrea exclusivamente con Djamboe.

Inf. fol. Dj. 5: 100, 0, cada dos horas una cucharada de té llena. El resultado fué marcadísimo desde las primeras cucharadas. Tambien pudo comprobarse una accion favorable aunque no tan manifiesta en los catarros crónicos del estómago y del intestino. En dos casos de tífus abdominal las cámaras se hicieron rápidamente mas sólidas, sin que la marcha de la enfermedad, terminada su curacion, fuera en lo demás influenciada.

(*Munchener nied. Wochenschrift*, Nº. 29.)

Contra el vómito de las embarazadas

	Cocain clorhidrato.....	0,03
	Antipyrin.....	1,0
	Ag. dest.....	120,0
M. D. Cada media hora una cucharada de té.		
ó	Tinct. jod.....	7,5
	Clorof.....	60,

M. D. De mañana y tarde 5 gotas en agua de soda.

(*Med. and Surg. Report*, 4, VIII, 94.)

Antinervina (Radlauer)

Fué administrada por Kosinski con buen resultado en el *reumatismo articular agudo* y la *pleuritis exudativa*.

La antinervina se compone de una parte de bromuro de amonio y otra de ácido salicílico y dos partes de acetanilido (Antifebrina).

Las dósis, sin embargo, de 5 á 6 gramos usadas por el autor á causa de la gran cantidad de Antifebrina (2,5-3 por dia) aparecen sospechosas.

(*Allg. med. Centralzeitung*, 1894, Nº. 59.)

Exámen de los vendajes antisépticos

Por Dupuy

Vendas al ácido bórico.— Se emplea un gramo de la muestra en cuestion y se extrae el ácido bórico por medio de agua glicerimada al 5%, con agregado de seis gotas de una solucion alcohólica de Phenolphtaleina; para el titraje del ácido bórico se emplea una n/10 de potasa de la cual corresponden 10 cm. c. á 0,062 gr. de ácido bórico.

Vendas al ácido salicílico, salol y iodoformo.— Se extrae una cierta cantidad de los materiales con éter por diversas veces. Despues de la destilacion del éter, quedan ácido salicílico, respectivamente salol y yodoformo, pudiendo entonces pesárseles.

Vendas al sublimado.— Se extraen 10 gramos del material por dos veces y cada vez con 100 cm. c. de agua caliente, con agregado de algunos gramos de sal comun para acelerar la solucion del sublimado. Para el titraje se usan 100 cm. c. de una solucion de yoduro de potasio que encierra 3,32 gr. yoduro de potasio en un litro, de la cual por consiguiente corresponden 10 cm. c. á 0,13 de sublimado y se titra con esto 100 cm. c. del líquido extraido hasta permanencia de la coloracion roja.

(*Rep. de Pharm.* 1894, 50, 302.)

Diagnóstico rápido del cólera

ZABOLOTZNI

Estacion Bacteriológica de Odessa. — *Deutsche med. Woch.*, 1893, Nº. 51. — R. Carl. Günther (Berlin). El autor ha usado en la misma forma y en vez de las placas de agar-agar, placas de albúmina consolidada para los plantíos superficiales. La albúmina bicarbonatada fué preparada con el blanco de albúmina segun *Rosenthal* ó segun *Parhanoff* y *Kolesnihoff*, utilizándola en placas con ó sin agregado de gelatina.

La forma de las colonias de cólera en estas placas abandonadas como las de agar-agar, á la germinacion en el thermoestato es muy característica.

Nuevo método para el reconocimiento del bacilus de la tuberculosis en el esputo

POR K. ILKEWITSCH

Se convierte el esputo en una solucion calentándole con agua y agregado de potasa caústica, se agrega despues caseina, disuelta igualmente por medio de algunas gotas de potasa cáustica. A esta solucion, se agrega ácido acético hasta que se den señales de coagulacion, tratándose en seguida en un centrífugo. El precipitado obtenido que contendrá la caseina agregada y eventualmente el bacilus de la tuberculosis, se deseca sobre un porta-objeto, extendiéndole en éste por frotacion con otro, se fija por medio del calor y se observa despues de la coloracion con la solucion de Ziel, con inmersion homogénea, pero sin cubre-objeto.

(*Central Blat. f. Bacteriol*, 1894, 15, 162.)

Desinfeccion del agua en grandes cantidades por un procedimiento científico

Sirve para la destruccion de los gérmenes el cloruro de calcio, que destruye en el espacio de dos horas, los microorganismos existentes, sin atacar por el contrario las demás sustancias orgánicas, cuando se emplean del mismo 0,000426 de gramo por 100 ccm. para 100 de agua.

El exceso se quita por medio del sulfito de sódio y un exceso eventual de este medio de reduccion se oxidará por medio del oxígeno contenido en el agua en el espacio de 12 á 14 horas, convirtiéndose en sulfato de sódio. Serán necesarios para la esterilizacion de un millon de metros cúbicos de agua, aproximadamente, 85 hectólitros de cloruro de cálcio y 40 de sulfito de sódio. El agua no contiene sustancias estrañas, la dureza aumenta en 0,7 grados alemanes y el mismo contenido en sulfatos, tampoco aumenta de una manera considerable.

(*Zeitschrift fúr Higiene*, 1894, 16, 149.)

Biblioteca del Círculo Médico Argentino

OBRAS ENTRADAS EN LOS MESES DE AGOSTO, SEPTIEMBRE Y OCTURRE DE 1894

POR COMPRA

VIBERT CH.—Précis de médecine légale.....—edicion de 1893—1 tomo
ANDRIEU—Traité de prothèse buccale et de mecanique dentaire... .....— » » 1887—1 »
LABORDE—Traité elementaire de Phisiologie...— » » 1892—1 »
LECORCHÉ—Traitement de la goutte.....— » » 1894—1 »
LEGRAIN—Microscopie clinique.....— » » 1894—1 »
MOREL ET DUVAL—Manuel de l'anatomiste.....— » » 1883—1 »
COLEMAN—Chirurgie et Pathologie dentaires...— » » 1893—1 »
DUBOIS P.—Aide-memoire du chirurgien-dentiste.....— » » 1889—1 »
TESTUT L.—Anatomie Humaine, tomo tercero.— » » 1894—1 »
FRESENIUS—Analyse chimique quantitative....— » » 1891—1 »

POR DONACION

ANDRÉ—Las nuevas enfermedades nerviosas...— » » 1894—1 »
AZUA Y SUAREZ—Varices, neoplasias, linfáticas, dérmicas.....— » » 1894—1 folleto.
DUDIGNAC—Estrecheces pelvianas.....— » » 1894— tesis
CABRAL—Servicio de Sanidad del Ejército en la República Argentina.....— » » 1894—1 tomo.
MORENO—Revista del Museo de La Plata.....—tomo V—regalo del autor.
Anales de la Universidad de Buenos Aires.....— » X » » »
Agua potable de Santiago de Chile—único.....— » Instituto de Higiene.
CONI—Revista Médico-quirúrgica, tomos I, III, IV, V, X, XI, XII, XII, XIII.....— regalo del autor.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Agosto de 1894

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS			
Fiebre tifóidea	2	7	9
Sarampion	1	1	2
Escarlatina	8	6	14
Coqueluche	3	4	7
Difteria	13	2	15
Crup	9	13	22
Angina diftérica	—	1	1
Influenza	22	9	31
Escorbuto	—	2	2
	58	45	103
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	70	44	114
» de la laringe	4	—	4
» meningea	5	2	7
» artrítica	1	—	1
» renal	1	—	1
» mesentérica	1	—	1
Coxalgia tuberculosa	1	—	1
Mal de basedow	1	—	1
Saturnismo	1	—	1
Sifilis infantil	1	3	4
Cáncer	3	6	9
» del estómago	6	2	8
» del higado	4	1	5
» del píloro	1	—	1
» del pancreas	1	—	1
» del intestino	1	—	1
» del esófago	6	—	6
» del pecho	—	2	2
» del útero	—	5	5
» de la matriz	—	1	1
» de la laringe	1	—	1
» del cuello	1	—	1
» del riñon	1	—	1
» del mediastino	—	1	1
Reumatismo	1	—	1
Alcoholismo	8	1	9
Diabetes	2	—	2
Raquitismo	4	1	5
Púrpura	—	1	1
Leucocitemia	1	—	1
Septicemia	1	—	1
Anemia	1	—	1
	129	70	199

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	10	9	19
Apoplegia	5	3	8
Hemorragia	12	7	19
Anemia	—	1	1
Meningitis	27	34	61
Embolia	1	2	3
Meningo-encefalitis	3	2	5
Encefalitis	1	—	1
Derrame cerebral	4	2	6
Hidrocefalia	1	1	2
Mielitis	4	—	4
Reblandecimiento cerebral	2	2	4
Tumor cerebral	2	—	2
Tétano traumático	2	—	2
Tétano infantil	14	10	24
Eclamsia infantil	7	7	14
Parálisis general progresiva	2	—	2
	97	80	177
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Endocarditis	3	2	5
Endo pericarditis	—	1	1
Aneurisma	3	1	4
Aneurisma de la aorta	3	1	4
Persistencia del agujero de Botal	1	1	2
Hemorragia	1	2	3
» umbilical	1	1	2
Angina de pecho	9	3	12
Vicio orgánico al corazon	34	28	62
Ateromasia arterial	3	2	5
Miocarditis	6	6	12
	64	48	112

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis estridulosa..	—	1	1
Laringitis	2	4	6
Bronquitis	42	51	93
Bronco-neumonía.....	73	88	161
Neumonía.....	58	49	107
Pleuro-neumonía.....	2	4	6
Pleuresía	6	1	7
Congestion pulmonar ..	5	4	9
Asma.....	2	1	3
Edema de la glótis....	—	1	1
Gangrena pulmonar....	1	—	1
Edema pulmonar.....	—	1	1
Pio-torax	1	1	2
Hemoptisis	2	—	2
Espasmo de la glotis..	—	1	1
Estenosis laríngea.....	1	—	1
Parálisis..	1	—	1
Abceso retro faringeo..	2	1	3
	198	208	406
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Angina púltacea.....	1	—	1
Atresia del ano.....	1	—	1
Catarro intestinal	—	1	1
Parotiditis.....	—	1	1
Estrechez del esófago..	1	—	1
Gastritis.....	1	—	1
Gastro-enteritis.....	8	8	16
Atrepsia.....	15	6	21
Fiebre gástrica	1	1	2
Ulcera del estomago...	1	—	1
Indigestion..... ...	1	1	2
Enteritis.....	12	8	20
Entero-colitis	2	3	5
Disenteria.....	2	—	2
Oclusion intestinal.....	5	4	9
Peritonitis.....	7	6	13
Entero-peritonitis.....	—	1	1
Hernia	1	—	1
Hepatitis.....	3	3	6
Atrofia.....	1	—	1
Hipertrofia.....	—	1	1
Quiste.....	—	1	1
Abceso.....	1	—	1
Angio colitis.....	1	—	1
Cirrosis atrofica	3	—	3
» del hígado	8	—	8
	76	45	121

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright.....	1	2	3
Uremia.....	8	2	10
Nefritis	13	10	23
Hemorragia uterina....	—	1	1
Metro-peritonitis.....	—	2	2
	22	17	39
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela.....	1	—	1
Gangrena.....	1	8	4
Liquen.....	—	1	1
	2	9	6
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	—	1	1
Tumor blanco.....	1	—	1
Artritis generalizada...	—	1	1
	1	2	3
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Fiebre	—	5	5
Eclamsia.....	—	5	5
Hemorragia.....	—	1	1
Infeccion	—	1	1
	—	12	12
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion .	6	1	7
Heridas.....	4	—	4
» por arma de fuego.	4	—	4
Repentinamente.....	—	1	1
Fracturas.....	4	—	4
Contusiones.....	3	—	3
Congelacion.....	2	—	2
Chock traumático.....	1	—	1
Traumatismo.....	2	1	3
	26	3	29

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita....	24	22	46
Nacidos muertos.	53	47	100
Espina bifida.....	—	3	3
Icteria	—	1	1
	77	73	150

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
E Sin clasificacion			
Ascitis.....	1	—	1
Asfixia.....	3	—	3
Consuncion	4	—	4
Esclerosis.....	1	—	1
Senectud.....	2	8	10
Sincope.....	—	1	1
Marasmo.....	3	—	3
Fiebre hectica.....	1	—	1
Sin especificacion.....	2	3	5
	17	12	29

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	Total
767	619	1386

CONCURSO NACIONAL DE MEDICINA PARA 1896

REGLAMENTO

El Círculo Médico Argentino, resuelve:

Artículo 1º. Celebrar en 1896, un Concurso Nacional de Medicina, de acuerdo con las siguientes bases:

(*a*) Los temas del concurso serán libres y podrán presentarse trabajos de personas que residan en cualquier punto de la Argentina; entendiéndose que son trabajos de concurso: memorias inéditas sobre medicina, piezas anatómicas, preparaciones histológicas, anátomo-patológicas, plásticas, instrumentos, aparatos, etc. que no hayan sido entregados al público antes de la fecha del concurso.

(*b*) Los trabajos serán dirigidos al Presidente del CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO; entregados en secretaría antes del 10 de Abril de 1896, sin que por ningún dato ni referencia pueda deducirse los nombres de sus autores.

(*c*) Cada trabajo vendrá embalado y en su rótulo el nombre de la seccion del concurso á que por su naturaleza corresponda. — En sobre cerrado y lacrado constará el nombre y domicilio del autor. — Este sobre tendrá la misma leyenda que el trabajo á que se refiere, y será conservado por la Comision Directiva para ser abierto despues de pronunciado el jury, siempre que corresponda á algun trabajo premiado.

(*a*) Cada aparato, pieza anatómica, preparacion histológica, anátomo-patológica, plástica, instrumento, será acompañado de una memoria descriptiva.

(*e*) Todo trabajo premiado es propiedad de la Asociacion (1). Queda establecido que el CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO no costea publicacion de memorias ni confeccion de instrumentos premiados.

(*j*) Los trabajos no premiados serán devueltos á sus autores.

Art. 2º. El jury se compondrá de nueve personas de reconocida competencia en las ciencias médicas, y será nombrado, por la asamblea de entre una lista de veinticinco, propuesto por la Comision Directiva, y en él actuarán como secretarios dos miembros de la Sociedad nombrados por la asamblea.

Art. 3º. De la misma lista de veinticinco personas, la asamblea nombrará seis sustitutos, los cuales podrán ser llamados por los titulares cuando éstos se crean insuficientes en número para resolver el mérito de los trabajos presentados.

Art. 4º. Para facilitar la distribucion y estudio de los trabajos del concurso, se establecen las siguientes divisiones, á cada una de la cuales corresponde los premios que se expresan:

Anotomía patológica, histología, piezas histológicas, sifilografía, dermatología. — Premio del señor Gobernador de la Provincia de Córdoba, acordado por decreto de Julio 6

(1) Se refiere al original.

de 1892 (consistente en una medalla de oro); medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Patología interna, clínica médica, enfermedades de niños. Premio Juan Etchepareborda (consistente en la coleccion de cien tomos del Diccionario de Dechambre); medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Ginecología y Obstetricia. — Medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Patología externa, clínica quirúrgica, medicina operatoria nstrumentos, aparatos. — Medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Medicina legal, toxicología, terapéutica y química aplicada á la medicina. — Premios: Medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Higiene, demografía, epidemiología, geografía médica. — Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Enfermedades nerviosas y mentales, historia de la medicina. — Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Anatomía, fisiología, preparaciones anatómicas. — Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Oftalmología, laringología, rinología, otología, odontología. — Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Ciencias auxiliares de la medicina. — Premios: medallas de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Art. 5º. Si los trabajos de algunas secciones no merecieran los premios asignados, éstos podrán ser adjudicados por el jury á trabajos de otras secciones; y si en algunas de éstas no bastaran los premios que se establecen por ser muchos los trabajos que á ellas se hubieran presentado, el jury podrá aumentar su número y lo hará así constar en su veredicto.

Art. 6º. El premio acordado por el Gobierno de la República, por decreto de fecha Julio 12 de 1893, será adjudicado al trabajo que á juicio del jury sobresalga de una manera notable entre todos los presentados al concurso.

Art. 7º. El veredicto será presentado á la C. D. del Círculo Médico Argentino el 1º de Junio de 1896, firmado

por todos los miembros del jury, y especificando por cada seccion del concurso cuáles son los trabajos premiados y la categoria de los premios acordados.

Art. 8º. La C. D. en presencia de este veredicto procederá á abrir los sobres que correspondan á los trabajos premiados; comunicará su resultado á los gobiernos y demás personas que hubieran acordado premios y fijará día para hu distribucion en acto público.

Art. 8º. Todas las medallas irán acompañadas de diplomas con la firma de los miembros y secretarios del jury, presidente y secretario de la Sociedad.

Estas medallas llevarán las siguientes inscripciones: En el anverso: «CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO», y en el reverso; «Concurso Nacional de Medicina, 1896». Tendrá como peso efectivo media onza.

Art. 10. Solicítese de la prensa de la República la inserción de este reglamento; circúlese á todos los médicos, hombres de ciencia y estudiantes de medicina de Buenos Aires y provincias.

Buenos Aires, Marzo 15 de 1894.

ALEJANDRO E. AMORETTI
Manuel A. Zavaleta
Domingo M. Cremona
Secretarios.

NOTICIAS

Edificio para el Círculo Médico. — En la última asamblea de la Asociacion, sancionóse definitivamente el proyecto de contrato celebrado por la C. D. con el Sr. Cayetano de la Paolera, para la construccion de un edificio apropiado en el terreno de propiedad del Círculo, sito en la calle Corrientes entre Ayacucho y Junin, es decir, á pocas cuadras de la Facultad de Ciencias Médicas y del Hospital de Clínicas.

Habrá un extenso salon para la biblioteca, sala de reunion para la C. D. y todas las dependencias necesarias. El costo total de la obra, ejecutada con materiales de primera

clase, asciende á 16.000 pesos, que el Circulo pagará en muy buenas condiciones. Entregada la obra, á su satisfaccion, abonará la suma de 4000 pesos, que es casi la cantidad que tiene reunida la comision de edificacion; el resto es pagadero en mensualidades, en el término de cuatro años, con un interés regular. Estas mensualidades excederán en poco á lo que hoy se paga por alquiler de casa.

Se ha dado principio á los trabajos que estarán terminados dentro de cuatro meses.

Facultad de Medicina. — NUEVOS PROFESORES SUSTITUTOS. — Habiéndose inscrito solos para los respectivos concursos, la Facultad ha nombrado directamente profesores suplentes á los Dres. Avelino Gutierrez (anatomía topográfica), Maximiliano Aberastury (enfermedades de la piel) y Teófilo Moret (oftalmología).

Congreso para el estudio de la tuberculosis. — CONGRESO NACIONAL DE HIGIENE. — La primera de estas comisiones ha iniciado ya sus tareas, si bien no ha resuelto todavia su plan de trabajos.

Las diversas comisiones organizadoras del Congreso Nacional de Higiene, se han constituido definitivamente y designado los temas que serán objeto del estudio preferente de las respectivas secciones. No trascribimos acá esos programas porque los médicos recibirán especial invitacion. Es sabido que el Congreso se reunirá el último domingo de Marzo.

Sociedad Médica Argentina. — Han sido elegidos, Presidente el Sr. Roberto Wernicke, quien desde el principio se ha hecho ya notar por su bien conocida actividad y ha prometido poner todo su empeño al servicio del progreso de la Asociacion; Vice-presidente, el Dr. Penna; Secretario general, Dr. Gainza; Secretario de actas, Dr. Padilla.

Año XVII—1894 BUENOS AIRES Tomo XVII—Nº 11

Anales del Círculo Médico Argentino

NOVIEMBRE DE 1894

LOS TRATAMIENTOS MODERNOS DE LA DIFTERIA

por el Dr. G. Araoz Alfaro

(Véase el número anterior)

II

Antisépticos

Es bien sabido que antes de conocer el bacilo productor de la difteria y el proceso á que dá origen, dos teorias se encontraban en presencia respecto de la naturaleza de esa enfermedad: era para los unos una afeccion local susceptible de generalizarse, mientras que los otros no veian en las placas pseudo-membranosas sino una lesion sin interés y que no merecia ser combatida, por cuanto la afeccion era primitivamente una infeccion general.

Recien cuando Roux y Yersin, completando la obra de Klebs y Löffler, demostraron que era la primera de las opiniones citadas la verdadera, el método local de tratamiento podia imponerse como el lógico y racional. No obstante, desde muchos años antes, las sustancias que hoy conocemos como microbicidas eran empleadas con más ó menos éxito en el tratamiento de esta enfermedad. No es nuestro ánimo detenernos en ese estudio de interés puramente histórico, y enviamos á los que quieran emprenderlo al trabajo de Le Gendre (1) y al erudito artículo de la obra de Rilliet, Barthez y Sanné (2).

Pasaremos pues en revista únicamente los agentes que han

(1) P. Le Gendre, «Traitements antiseptiques de la diphterie». Paris, 1887.

(2) «Traité clinique et pratique des maladies des enfants». 1891. Tomo III, pág. 579.

probado ya su eficacia, dejando de lado la cantidad innumerable de los que han sido tan pronto preconizados como abandonados.

Acido fénico; sus derivados y similares

Colocamos en primera línea al fenol porque es uno de los medicamentos que primero fueron empleados y de los que mejor resultado han proporcionado.

Prescindiendo de las pulverizaciones preconizadas por Renou (de Saumur) en 1883, *Soulez* fué quien primero empleó sistemáticamente el ácido fénico en aplicaciones locales; pero su método no se vulgarizó sino merced á *Ernesto Gaucher*, que lo modificó tambien, siendo acreedor, por consiguiente, á que su nombre continúe designándolo.

El método de Gaucher comprende tres operaciones ó tiempos diversos: 1º, ablacion de las falsas membranas; 2º, aplicaciones locales de una mixtura antiséptica fuerte; 3º, lavages de la cavidad buco-faríngea con una solucion antiséptica débil.

Trascribimos aquí, aunque es bien conocida, la fórmula que usa Gaucher para los barnizajes de la garganta:

Alcanfor.....	20	gramos
Aceite de ricino.....	15	»
Alcohol á 90º.....	10	»
Acido fénico crist.....	5	»
Acido tártrico.....	1	»

Aunque el alcanfor y el aceite moderan en algo la accion cáustica del ácido fénico, la aplicacion de este líquido es, sin embargo, bastante dolorosa, y es preciso tener gran cuidado de no tocar con él sino los puntos afectados. Es, pues, solo el médico ó una persona habituada á ello, quien puede aplicarla; primer inconveniente, muy notable en los niños de corta edad.

Por lo demás, la ablacion forzada de las falsas membranas es sumamente dolorosa, y son raras las familias que consienten en que la operacion se repita. A esto se agrega que el hecho es, en opinion de la mayor parte, perjudicial al enfermo; haciendo sangrar la mucosa, se facilita la absorcion de las toxinas y la infeccion general por los acompañantes habituales del bacillus de Löffler, especialmente por el *streptococcus pyogenes*.

«El grado de adherencia de las falsas membranas, dice

Bourges, (1) es muy variable: hay difterias en que el exudado parece hacer cuerpo con la mucosa y en que toda tentativa de ablacion de las falsas membranas, no dá otro resultado que desgarrar y hacer sangrar la mucosa... En otros casos, se encuentra uno en presencia de niños de tal modo indóciles, que á cada tentativa se correria el riesgo de hacer un traumatismo más ó menos profundo en la boca ó en la garganta... »

«Destruyendo las falsas membranas, se destruyen tambien ciertas partes de la mucosa, y se crean nuevas puertas á la absorcion de la toxina sin cesar producida por los microbios que pululan sobre el epitelio, dice Roux (2). No se debe creer, en efecto, que aun cuando se ha quitado todas las placas blancas amigdalianas, se ha hecho desaparecer la causa del mal: no hay nada de esto. Queda siempre un barniz de bacilos que los tocamientos más enérgicos no sabrian hacer caer. Siendo así ¿por qué perder el tiempo en arrancar las falsas membranas?»

No obstante esta argumentacion, repetida por muchos, creemos que no hay que llevar las cosas hasta el extremo de proscribir enteramente el desprendimiento de las falsas membranas. Hay casos en que es posible levantarlas sin gran esfuerzo y sin herir la mucosa. ¿Por qué no hacerlo entonces desde que esas falsas membranas encierran gran cantidad de microbios, activos productores de toxina? Verdad es que un médico francés afirmaba últimamente que la falsa membrana, en lugar de ser el medio de cultivo de los elementos patógenos de la difteria, constituye al contrario una barrera que se opone á su penetracion en el organismo (3). Pero esa afirmacion está muy lejos de haber sido demostrada.

De todos modos, el método de Gaucher aplicado con arreglo á sus indicaciones, ó prescindiendo del desprendimiento forzado de las falsas membranas, ha dado muy buenos éxitos, y son muchos los casos en que ha salvado, sin duda alguna, la vida de enfermos condenados irremisiblemente á una muerte

---

(1) «La Diphtérie», Bibliot. Charcot-Debove. Paris, 1892.

(2) «Semaine Médicale», 1891, pág. CCXXX.

(3) Guelpa, Association franç. pour l'avancement des sciences, Sesion de Caen, 13 de Agosto de 1894.

próxima. Pero, lo hemos dicho ya, su aplicacion es difícil por el dolor intenso y la cauterizacion que produce.

Era necesario, pues, tratar de emplear el fenol concentrado en otras formas, con tanta mayor razon, cuanto que las investigaciones de laboratorio demostraban su precioso valor antiséptico. *Chantemesse* y *Widal* concluyeron despues de un estudio experimental muy prolijo, que « de todos los antisépticos experimentados, es el ácido fénico el que, á las dósis usuales sin peligro en terapéutica, se ha mostrado más activo contra el bacilo de Klebs (1) ».

Josias fué, pues, muy feliz al servirse de un excipiente que habia usado desde el año 89 para varios antisépticos y cuya preparacion fué perfeccionada por *Berlioz* (2): el sulforicinato de sodio. Presenta las ventajas siguientes: posibilidad de disolver el ácido fénico aun en grandes proporciones (40 %), sin que se note la menor causticidad y sin perder absolutamente su poder antiséptico, como lo ha constatado *Barbier* (3); adherencia mucho mayor á la mucosa.

No es extraño, entonces, que desde que Josias señaló sus ventajas (4), el *fenol sulforicinado* haya sido empleado por numerosos médicos. Todos ellos han confirmado aquellas cualidades; es un excelente y poderoso antiséptico cuya aplicacion apenas produce una sensacion de ardor pasajera y tolerable; así lo hemos constatado tambien nosotros.

La estadística más extensa que Josias presentó á la Sociedad de Terapéutica (22 de Junio de 1892) no puede ser más halagadora. Sobre 47 casos tratados antes del cuarto dia, solo ha habido dos muertos: uno por bronco-pneumonia despues de curada la angina, y otro que habia sido tratado antes por el percloruro de hierro.

El distinguido director de nuestra Casa de Aislamiento,

---

(1) « Révue d'hygiène », 1889, pág. 609.

(2) Société de Thérapeutique, 12 de Febrero del 90 y 25 de Febrero del 91. « Bulletin général de thérapeutique », 15 Diciembre de 1891.

(3) « France Médicale », 1º de Enero de 1892, cit. por Josias in art. *Diphterie* del tratado de Charcot y Bouchard, tomo III, pág. 185.

(4) Société de Thérap., 27 de Abril, 22 de Junio y 11 de Mayo de 1892. Ver tambien la opinion de Graucher en « Journal de méd. et de chirurgie pratiques », 1891, pág. 725.

Dr. Penna (1), hizo conocer á principios del corriente año los resultados que el fenol sulforicinado le habia suministrado en aquel hospital, durante el pasado. La mortalidad que durante los años anteriores habia oscilado entre 50 y 65 %, descendió á 44 %; pero deduciendo 16 enfermos llegados moribundos ó fallecidos muy pocas horas despues de su entrada, la mortalidad quedaria reducida á 32 %. Aun esta cifra parecerá muy elevada comparándola con la dada por Josias y otros observadores europeos, pero es preciso saber que la mayor parte de los diftéricos llegan á la Casa de Aislamiento muy tardiamente; es bien sabido que su nombre asusta mucho á las familias y que éstas, generalmente, no se resuelven á enviar sus niños sino cuando éstos se encuentran en grave estado.

El fenol sulforicinado debe usarse en aplicaciones locales despues de desprendidas las falsas membranas (si esto es posible sin lastimar la mucosa), cuatro veces por dia, por lo menos, en los casos benignos, cada tres ó cuatro horas en los más graves.

Sulforicinato de sodio.....	14 ó 16 gramos
Acido fénico cristalizado.....	6 ó 4 »

Es menester siempre acompañar este método de tratamiento con irrigaciones abundantes de soluciones antisépticas débiles (fenol á 1 ó 2 %, ácido bórico á 3 %, etc., etc.) ó por lo menos de agua hervida; se recordará que estos lavajes son de gran utilidad porque arrastran toxinas y microbios y disminuyen la intoxicacion; seguramente, se oponen tambien á las infecciones secundarias. Tan cierto es que ellos prestan gran servicio, que algunos médicos los emplean exclusivamente y que *Caesfeld*, por ejemplo, usa solo las gárgaras de agua hervida, muy frecuentemente repetidas. Acostumbramos hacer la irrigaciones (ó gárgaras abundantes en los niños ya grandes), cada 1 ó 2 horas en el dia y varias veces por la noche.

Los médicos que no están habituados á estos lavajes, creen que es una operacion difícil, que el niño se ahoga ó traga todo el líquido; no sucede así. Nos permitiremos transcribir en seguida los consejos minuciosos que dá *Le Gendre* en su

(1) « Anales del Departamento Nacional de Higiene », 1894, Nº. 1.

trabajo ya citado. «Se apreta la nariz del niño; una vez que la boca se abre, se coloca una cuña de madera entre los molares y se dirige hácia los diferentes puntos del istmo de las fauces la cánula del irrigador, estando el robinete bastante abierto para dar un chorro suficientemente enérgico. En efecto, si el chorro es demasiado débil, el niño traga una parte del líquido y como grita, corre riesgo de sofocarse por penetracion del líquido en la laringe; mientras que un chorro vigoroso provoca un reflejo de contraccion de la faringe, á consecuencia del cual el líquido inyectado refluye inmediatamente á la boca y corre al exterior sin que el niño pueda hacer un solo movimiento de deglucion.»

El fenol sulforicinado presenta, pues, grandes ventajas sobre el tópico de Gaucher y sus similares. Pero su preparacion es delicada; si el sulforicinato contiene agua, aunque sea en muy pequeña cantidad, la accion cáustica se manifiesta. Cuando no se puede, por cualquier razon, emplearlo, está indicado reemplazarlo, como hace *Marfan*, por una solucion de *ácido fénico puro en glicerina á 1/20*; es bien sabido que estas soluciones glicerinadas atenúan considerablemente el poder cáustico de ciertas sustancias.

Diversas preparaciones derivadas del fenol han sido preconizadas. El *esteresol*, por ejemplo, preparado por *Berlioz* tambien, y constituyendo un barniz muy adherente que contiene 10 % de ácido fénico, ha sido usado por Legroux (1) en su servicio del hospital Trousseau, y ha dado una mortalidad de 40 %.

Comby (2) usa el *naftol alcanforado* (10 de naftol y 20 de alcanfor), que es, como los anteriores, muy poco cáustico.

La *resorcina* ha sido preconizada por *Leblond* (sol. glicerinada al 1/15), *Fraigniaud* (á 4/30) y Collias (sol. acuosa á 1 %) (3).

Sales mercuriales

Dejando para luego el uso interno de estos medicamentos, nos ocuparemos solo de sus aplicaciones locales.

---

(1) «Journal de clinique et thérapeutique infantiles», 13 Diciembre de 1893.

(2) «Traité des maladies de l'enfance».

(3) Citados por Le Gendre: «Les traitements antiseptiques de la diphtérie».

Sin hacer historia, recordaremos que *Kaulich*, *Korcinsky* y *Constatt*, *Stumpf*, entre otros, proclamaron la excelencia de las soluciones acuosas de bicloruro como tópico.

La cuestion ha sido puesta de nuevo á la órden del dia por las publicaciones de *Goubeau* y *Hulöt* (1). De éstas se deduce que la aplicacion de *soluciones glicerinadas de sublimado* muy concentradas y muy poderosamente antisépticas (1/30 ó 1/20), no produce accion cáustica alguna y que dá excelentes resultados terapéuticos. Goubeau ha obtenido 21 curaciones sobre 21 enfermos tratados; la mortalidad es nula por consiguiente y aunque muy reducida la estadística, ella no deja de llamar la atencion.

Moizard (2) ha comunicado hace algunos meses á la Sociedad de los Hospitales, de Paris, los resultados obtenidos usando el método de Goubeau. Sobre 173 anginas diftéricas, comprendiendo leves, medianas, graves y tóxicas, ha tenido una mortalidad de 29, ó sea 16.77 %. Semejante cifra es bien mínima y alienta para experimentar este método, que es tanto mas cómodo cuanto que solo exije dos ó tres tocamientos en las 24 horas; permítasenos, pues, insistir un momento en el manual operatorio.

Antes del barnizaje, es preciso limpiar bien la garganta, de todas las mucosidades y de las falsas membranas que puedan desprenderse sin violencia. Con un segundo pincel de algodon bien impregnado, pero exprimido, se toca en seguida todas las partes enfermas. En fin, para evitar la deglucion del líquido en exceso, se enjuga con un tercer pincel las partes que se acaba de barnizar.

Las falsas membranas se modifican rápidamente: desde el segundo dia, en las anginas medianas, se hacen menos gruesas y toman la coloracion grisácea que precede á su caida. En la inmensa mayoria de los casos, han desaparecido al quinto dia.

En la misma sesion, *Sevestre* ha confirmado los resultados obtenidos por Moizard.

Se recordará que ya Löffler (3) habia colocado al bicloruro

---

(1) Archives générales de médecine, Septiembre y Octubre de 1894. En este artículo está expuesta igualmente la historia de la cuestion.

(2) Sesion del 13 de Julio de 1894.

(3) V. «Semaine Médicale», 1891, Nº. 12.

de mercurio entre los mejores antisépticos contra la difteria en solucion de 1 ‰.

Otros antisépticos

El *ácido salicílico* ha sido siempre muy preconizado, como se sabe, por *Jules Simon*, tanto en sus *Lecciones clínicas* como en publicaciones mas recientes (1). Usa una solucion en alcohol adicionada de agua ó agua de eucalyptus hasta el título de 1 %.

D'Espine emplea tambien exclusivamente el ácido salicílico, pero las investigaciones ya citadas de Chantemesse y Widal, han demostrado que su accion antiséptica es muy débil.

El *percloruro de hierro* ha sido y es aun uno de los agentes más frecuentemente preferidos; se ha creido notar siempre por los que le han permanecido fieles, excelentes resultados prácticos, si bien los adversarios le reprochaban ser poco antiséptico y dar á las placas una coloracion que perturbaba la observacion ulterior.

Guelpa, por ejemplo, presentaba á la Société de Thérapeutique (2) una estadística de 82 casos tratados por lavajes con una solucion de percloruro (de los cuales 10 con crup), con solo 3 muertos. El doctor *Penna* reconoce su utilidad.

No me habria ocupado quizá de este medicamento á no ser la última comunicacion de *Löffler* al Congreso de Buda-Pesth (3) segun la cual el percloruro de hierro en solucion acuosa á partes iguales ó á 1 : 2, puede matar al bacilo en diez segundos; á esto habria que agregar, creemos, en su favor, su poderosa accion astringente que debe dificultar considerablemente la penetracion del microbio en la mucosa inmediata y la absorcion de la toxina.

Esencias aromáticas

Aunque el *timol* habia sido ya empleado en soluciones á 1 por mil para lavajes, no habia parecido dotado de cualidades excepcionales.

---

(1) «Semaine Médicale», 2 Diciembre de 1891.

(2) Sesion del 27 de Julio de 1892.

(3) V. «Semaine Médicale», 1894, pág. 408.

Sustancias análogas han sido recientemente experimentadas por *Löffler* que ha hecho conocer sus resultados al último Congreso de Buda-Pesth (1). Una solucion compuesta de: *alcohol* 64, *toluol* 36, *creolina* ó *metacresol* 1 á 2, es lo que le ha parecido preferible por el momento; pero produciendo un ardor muy vivo, es preciso añadirle 10 % de *mentol.*

He aquí como debe prepararse la solucion:

Se vierte en un cilindro graduado 10 gramos de mentol, despues se añade toluol hasta que el líquido haya alcanzado el nivel de 36 cc. El mentol se disuelve rápidamente en el toluol; se vierte despues 2 cc. de creolina ó 1.5 de metacresol ó 4 cc. de percloruro de hierro: en fin, se añade alcohol hasta que se obtenga un volúmen de 100 cc.

Se toca dos veces seguidas las partes enfermas durante diez segundos, con un pincel de algodon empapado de esta solucion y se repite estos tocamientos cada tres horas hasta desaparicion completa de todos los síntomas locales, lo que tiene lugar de ordinario al cabo de cuatro ó cinco dias.

Cuando la afeccion es todavia local, dice Löffler, se puede, con este tratamiento, detenerla en su marcha; los cultivos permiten asegurarse de que los bacilos son muertos en las membranas.

Sobre 96 casos tratados, no ha habido una sola muerte. La solucion de Löffler merece pues, ser experimentada.

Otros agentes

El *petróleo* ha sido de nuevo puesto en boga últimamente; el trabajo más sério que á él se refiere es el de *Larcher*, leído por *Masoin* en la Academia de Medicina de Bruselas (2). Sobre 42 enfermos tratados por los tocamientos con petróleo bruto, solo dos muertes ocurrieron, siendo una de ellas la de una niño muy indócil.

La *creolina* (solucion á 1 ó 2 %) ha sido preconizada por *Munk;* el *violeta de metilo* por *Jänicke;* el *ácido crómico* por *Lescure;* el *cloruro de zinc* por *Wilhelmy* (de Berlin) y *Florain* (de Orleans) (3).

---

(1) «Semaine Médicale», 1894, pág. 408.

(2) Sesion de 27 de Febrero de 1892.

(3) V. sobre estos tratamientos la «Semaine Médicale»: 1892, N°. 7; 1892, N°. 42; 1892, N°. 50; 1892, N°. 9; 1892, N°. 22.

Kasem-Beck ha referido 14 casos curados por aplicaciones de *azul de metileno* (1).

Kraus, asistente de *Monti*, profesor extraordinario de pediatria en Viena, ha usado gárgaras y pulverizaciones de *tribromuro de iodo* á 1/300 (2).

Siebert ha presentado al segundo Congreso de Médicos y Cirujanos Americanos, de Washington, el resultado de su práctica por las inyecciones submucosas de *agua clorada* (3).

Ferré (de Bordeaux) ha hecho notar que la *glucosa* ejerce una accion nociva muy notable sobre el bacilo de Löffler y los estafilococos (4).

Otros creen que el *nitrato de plata* (solucion á 1/30) es un medicamento precioso á pesar del descrédito en que habia caido (5).

Vianna (de Bahia) ha pretendido demostrar la poderosa accion bactericida y toxinicida de la *antipirina* (2.5 %) (6).

Algunos han aconsejado el *ácido cítrico*, otros el *ácido tánico*, la *tintura de iodo*, el *azufre*, el *iodoformo*, etc., etc.; *Cohn* ha recomendado últimamente, en el Congreso de Buda-Pesth, el *benzoato de soda* á 5 %.

El *ácido láctico*, el *agua de cal*, la *papaina* (5 %), han parecido buenos disolventes de las falsas membranas y en ese sentido pueden coadyuvar al tratamiento.

Habíamos tenido la idea, practicada con buen resultado en varios enfermitos, de hacer *preceder las aplicaciones de fenol sulforicinado de otras de papaina;* anteriores éstas de media á una hora, permitian disgregar las falsas membranas y limpiar la garganta; hecho luego un lavaje ó gárgaras abundantes, aplicábamos el fenol sulforicinado.

Dos médicos alemanes *Lévy* y *Knopf* (de la clínica de Strasbourg), han asociado el *fenol* y la *papaina* en una sola fórmula y publicado buenos resultados (7).

---

(1) «Semaine Médicale», 1893, Nº. 41.

(2) «Semaine Médicale», 1892, Nº. 36.

(3) Setiembre de 1891.

(4) Association franç. pour l'avancement des sciences. Pau, Setiembre 1892.

(5) Pilliére, Acad. de Méd. de Paris, 7 de Junio de 1892.

(6) Comunicación de Wurtz á la Société de Biologie, 26 de Marzo 1892.

(7) «Berliner Klinische Wochenschrift», 7 de Agosto de 1893.

Consideramos inoficioso continuar enumerando medicamentos y métodos diversos (1).

Gálvano-cauterio

Segun *Hagedorn* (de Hamburgo) y *Bloebaum* (2), la aplicacion del gálvano cauterio seria el mejor tratamiento de la difteria; solo hubo un muerto sobre 30 tratados, pero en ese caso fatal el tratamiento no fué hecho debidamente.

Tratamiento local indirecto.—Medicamentos administrados al interior

Desde muy antiguo se habia hecho uso de los *mercuriales* al interior contra la infeccion diftérica, pero rechazado este método por los que sostenian que se trataba de una enfermedad local, pareció enteramente irracional despues de los trabajos bacteriológicos tantas veces citados. No obstante eso, algunos médicos han insistido con tanto entusiasmo sobre sus ventajas, las estadísticas presentadas parecen tan buenas, que no es quizá inútil que lo estudiemos un momento.

Es bien sabido que *Rauchfuss*, de San Petersburgo, ha preconizado las *fricciones mercuriales* á altas dósis, contra la angina y el crup diftéricos.

Filatow, profesor de pediatria en Moscow, las usa igualmente y alaba los resultados obtenidos.

Smakowsky (3) ha aplicado este método en tres casos desesperados, con crup; las dósis usadas fueron enormes (2 gramos cada hora), empleándose al mismo tiempo, gargarismos frecuentes de clorato de potasa. La curacion fué rápida. Notóse gran hipersecrecion de saliva y mucosidades, bronquitis catarral, etc.

Entre nosotros, el doctor *Davison* ha sostenido con verdadero valor y ha sido apoyado por algunos colegas, las ventajas de la administracion interna del *licor de Van Swieten*. Usa para un niño mayor de tres años, una cucharadita de licor

---

(1) A más de los trabajos ya citados, puede consultarse el tratado de Baginsky y el artículo de Jacques (de Marsella) en la *Révue mens. des maladies de l'enfance*, Marzo, 1892.

(2) 5º Congreso Alemán de medicina interna, «Sem. Méd»., 1891, Nº. 37.

(3) V. «Semaine Médicale», 1891, Nº. 9.

cada dos horas; aumentando la dósis si interviene tardiamente ó si el caso es muy grave (1).

En 1891, Ruelle (de Marsella) llamó tambien la atencion sobre el uso al interior del *cianuro de mercurio* recomendado por *Werner*, *Selden y Löffler*.

Ruelle usa una cucharadita cada hora de una solucion compuesta de 0,05 gramos de sal mercurial, en 8 de alcohol á 80º y 192 de agua destilada (2).

Ultimamente, es *Piedallu* quien ha presentado resultados más sorprendentes (3). Dice no haber perdido un solo enfermo en tres años, por la administracion de una solucion así formulada:

Bi-ioduro de mercurio.....	0.50	gramos
Ioduro de potasio.....	50.00	»
Jarabe.....	1000.00	»

(Una cucharadita de café ó de postre cada dos horas.)

Difícil es aceptar enteramente estas afirmaciones, pero tampoco es posible negarles enteramente valor.

Por su parte, el doctor Davison pretende que con el uso interior del bicloruro á altas dósis, la mortalidad por difteria queda reducida á la de las otras fiebres infecciosas, casi banales, el sarampion, por ejemplo.

¿Cómo explicar la accion de los mercuriales administrados al interior?

El doctor Davison, basado en las experiencias de Behring y Kitasato sobre la accion antitóxica de ciertos agentes medicamentosos (el tricloruro de iodo y otros), emite la idea de que el mercurio puede tener igual poder. La opinion es plausible y quizá sea exacta.

Pero se nos ocurre que algo de esa accion ha de deberse á la eliminacion del mercurio por las secreciones de la boca y faringe; esto ha de determinar, creemos, un efecto tan marcado como si se aplicara constantemente una solucion hidar-

---

(1) «Anales del Circulo Médico Argentino», Febero de 1894.—«The Lancet», Agosto 18 de 1894.

(2) Association franç. pour l'avancement des sciences, Setiembre 1891, Marseille.

(3) Société de Thérapeutique, 28 de Febrero de 1894.

gírica en la mucosa. Quizá esta accion antiséptica vaya unida á la antitóxica sospechada por el doctor Davison.

En todo caso, parece que hay motivos para estudiar sériamente y sin ánimo prevenido esta cuestion de la administracion interna de las sales mercuriales.

Á la eliminacion en idéntica forma, han de deberse tambien probablemente, los efectos útiles del *clorato de potasa* administrado al interior, si estos efectos existen realmente. Así lo ha sostenido recientemente *Künne* ante la Sociedad Médica de Elberfeld (1).

Es bien sabido que se ha preconizado igualmente el uso interno de la *esencia de trementina*, la *creosota*, la *copaiba cubeba*, etc.

Conclusiones

I. La *seroterapia* (métodos de Behring, Aronson y Roux), parece destinada á suministrarnos un arma de gran valor en la lucha contra la difteria. Su accion es indudable en las anginas bacilares y, para la mayor parte, lo seria tambien en el crup, hecho más interesante puesto que esta forma de la infeccion es hoy muy difícilmente combatida.

La seroterapia no ha presentado, al contrario, hasta ahora, ventajas sensibles sobre los otros métodos de tratamiento por lo que respecta á la infeccion estreptocóccica, añadida tan frecuentemente á la invasion por el bacillus de Löffler.

Por lo que se refiere á las anginas, la seroterapia no ha dado resultados muy superiores á los obtenidos parcialmente por algunas de las medicaciones que hemos citado; en todo caso, es preciso esperar aun antes de pronunciarse definitivamente sobre su valor real.

II. El nuevo método terapéutico no debe hacer abandonar el *tratamiento local por los antisépticos*, que se perfecciona diariamente. Creemos, al contrario, que una angina observada desde el principio, en un niño dócil y á quien es posible tratar prolijamente *debe curar* por el tratamiento local.

No obstante, como estas circunstancias pueden faltar, como á pesar del tratamiento local ó por defectos de éste, la intoxicacion puede producirse, creemos que la seroterapia, si se

(1) «Deutsche Med. Zeitung», Diciembre de 1893.

confirman los resultados obtenidos, debe acompañar al método antiséptico local.

Por lo que á éste respecta, consideramos como los agentes más recomendables: el *fenol sulforicinado; las soluciones concentradas, en glicerina, de bicloruro de mercurio;* el *percloruro de hierro* y la *solucion de Löffler.*

Es indispensable practicar, á más de esos tocamientos, lavajes *reiterados* y *abundantes con soluciones antisépticas ligeras* que arrastran mecánicamente toxinas y microbios. En vez de lavajes, puede usarse *gárgaras* en los niños aptos para hacerlas.

El *agua de cal* y la *papaina* parecen útiles para desprender las falsas membranas; puede usarse la última, como lo hacemos nosotros, precediendo á las aplicaciones antisépticas.

No hay qne descuidar un *régimen alimenticio suficiente*, la leche abundante, el alcohol. El *hielo* es muy útil, localmente, contra los infartos grandes y dolorosos.

El *aislamiento* y la *desinfeccion* de la pieza que habita el enfermo, serán siempre útiles para prevenir en lo posible las complicaciones producidas por el streptococcus ú otros microbios.

III. El *tratamiento por los mercuriales al interior* puede racionalmente fundarse, y dados los buenos resultados que muchos médicos le atribuyen, merece ser más completamente estudiado.

Intervencion en las heridas penetrantes del abódmen

Por **P. Barbieri**

Ex-interno de los hospitales San Roque y Rawson

La intervencion activa en las heridas penetrantes del abdómen, no es aceptada por todos los cirujanos actuales que pueden dividirse bajo este punto de vista en dos categorias: *intervencionistas* y *no intervencionistas.*

Si fuéramos á juzgar de la bondad de los procedimientos preconizados por cada una de estas escuelas, por la estadística, seguramente daríamos la preferencia á los primeros, pues que la mortalidad en los casos de laparotomia oscila

entre 36 y 40 %, al paso que cuando se practica la abstencion se obtiene de 70 á 80 % de defunciones.

Si las cifras no hablaran con suficiente elocuencia, podríamos apelar á la razon, y preguntarnos: ¿qué es más fácil de remediar, el mal que se ve ó el invisible? ¿Por qué someteríamos á un mismo tratamiento á un herido de una perforacion del tubo digestivo y á uno que presente una simple solucion de continuidad de la serosa parietal? ¿de qué modo cohibirán los no intervencionistas, una hemorragia intraperitoneal ocasionada por la mesentérica superior ú otra cualquiera arteria?

La laparotomia es pues necesaria en todos los casos de herida penetrante, ya para suturar los intestinos ó el estómago, para ligar una arteria ó para desinfectar la cavidad abdominal cuando una infeccion de la serosa producida por una herida penetrante se manifieste, y aun cuando no se haya manifestado, siempre que no se esté seguro de la asepticidad del instrumento vulnerante, como sucede en la mayoria de los casos.

Hay aún quienes van más lejos y preconizan la laparotomia siempre que se sospeche que una herida es penetrante y si esta sospecha no se comprobara, no abrir naturalmente la cavidad abdominal, en cuyo caso la operacion se limitaria á ser puramente un agrandamiento de la herida.

No vacilo en compartir las ideas expuestas en el último párrafo, que son, á mi ver, perfectamente racionales y tienden á colocar el tratamiento de las heridas del abdómen en un terreno verdaderamente científico.

Y no se hable de los peligros de la laparotomia, absolutamente inofensiva cuando se adoptan todas las precauciones antisépticas y de otro género para esta clase de operaciones.

La laparotomia exploradora, dice Pozzi, es más segura y menos expuesta á peligros que una puncion capilar por más antiséptica que sea, y por eso recomienda este procedimiento cuando el diagnóstico de los tumores intra-abdominales de la mujer, sea dudoso.

Si esto se dice comparando la laparotomia antiséptica con la puncion, ¿qué diríamos cuando se trata de convertir — suponemos aquí el caso más sencillo — una herida séptica, ó probablemente tal, del peritoneo en una herida que no lo

es, agrandándola, lavándola y poniéndola en condiciones de no ser ya un peligro de infeccion para toda la serosa?

Van á continuacion las historias de dos casos cuya lectura dejará, creo, plenamente convencido al lector, de la eficacia del sistema que recomienda la intervencion activa en todas las heridas penetrantes del abdómen y aun en aquellas cuya naturaleza no puede ser bien especificada.

El 1º de Enero de 1893, entró al servicio de guardia del Hospital San Roque, á cargo ese dia del que suscribe, un sujeto con una herida de un centímetro y medio, situada por debajo del apéndice xifoides del esternon, direccion oblícua con respecto al eje del cuerpo. Esta herida era al parecer leve, tanto que el paciente se habia trasladado á pié desde su casa hasta el hospital, unas doce cuadras.

Por más que tuviera mis dudas respecto de la naturaleza de la herida, ocasionada por la hoja más pequeña de un cortaplumas ordinario, la falta absoluta de síntomas propios á la penetracion, me indujeron á abstenerme de toda intervencion que no fuera la oclusion perfecta, por medio de la sutura, de la herida externa.

Despues de curado y vendado el herida, trasladado á la sala cuarta se sintió relativamente bien; el pulso que habia estado algo débil se levantó y todo parecia presagiar una feliz terminacion, pero desgraciadamente no fué así.

Cuando el enfermo entró á la guardia, haria apenas media hora que habia sido herido, por cuya razon no habia habido tiempo material para el desarrollo de síntomas peritónicos y como la herida era oblícua, se habia destruido el paralelismo entre el orificio externo y el interno. Estas circunstancias no las tuve en cuenta; antes de suturar me limité á sondar la herida que naturalmente me pareció superficial, pues la sonda no penetraba.

Á pesar de todas estas circunstancias engañosas que hacian creer en la no penetracion de la herida, ordené el tratamiento usado por los no intervencionistas: ópio al interior, hielo al vientre, inmovilidad absoluta en el decúbito dorsal é ingestion de hielo si se presentaban vómitos.

Todas estas precauciones fueron inútiles; entre las 18 y 24 horas de su entrada al hospital, fué atacado de peritonitis cuyo orígen era ya indudable, y falleció á los tres dias.

Compárese este caso con el siguiente, y considérese cuál de los dos procedimientos es más racional:

Santiago Marengo, italiano, panadero, de 34 años de edad, entró al Hospital Rawson al servicio de mi guardia.

Habia intentado suicidarse infiriéndose siete puñaladas alrededor del ombligo con un cuchillo angosto y largo.

De estas siete heridas una sola, situada por debajo del ombligo, era penetrante.

Convencido de la bondad de la intervencion en estos casos, que sustituye á las probabilidades más ó menos problemáticas de los que se abstienen, las seguridades que se consiguen con una intervencion racional, decidíme por la laparotomia en compañia de los señores practicantes Ocampo, Reytel y Chiocconi.

La herida situada por debajo del ombligo que iba á ser objeto de la operacion, era muy dolorosa al tacto y dejaba penetrar la sonda hasta dentro de la cavidad abdominal, circunstancia de que me informé nuevamente, antes de proceder á la intervencion.

Hecha la antisepsia de la region, incindí la pared abdominal en sentido vertical, es decir, perpendicularmente á la herida, que era transversal. La direccion vertical de las fibras del músculo recto, está de más decirlo, me obligaban á esa incision.

Guiándome siempre por la sonda acanalada, corté las fibras de la aponeurosis y del músculo, haciendo de paso la antisepsia más rigurosa.

De este modo puse al descubierto el peritoneo y observé en él una herida de las mismas dimensiones que la exterior. Prévio un lavage con ácido bórico, agrandé la herida peritoneal, saqué las asas intestinales inmediatas que estaban intactas, así como el epiplon.

Lavé con solucion tibia de ácido bórico el epiplon y las asas intestinales que habian salido y reduje ambos órganos á su sitio, hecho lo cual suturé el peritoneo y los dos planos suprayacentes, por medio de una sutura contínua de planos superpuestos con catgut.

La piel fué objeto de una sutura contínua con seda.

He hecho observar ya de paso, que la herida objeto de esta intervencion era muy dolorosa, y aquí he de agregar que el dolor se observaba rozando apenas las proximidades

de ésta. Este signo, unido á la penetracion y acompañado de bastante timpanismo abdominal, no dejaba lugar á dudas del desarrollo de la peritonitis.

Estos datos demuestran lo racional de la intervencion en este caso. Sabido es que el desarrollo de la peritonitis cuando un instrumento vulnerante ha penetrado en la cavidad abdominal, constituye una indicacion absoluta de intervencion, y aun cuando estos fenómenos no se hubieran observado « creo que la incision exploradora debe emplearse como medio de diagnostico en *todas* las heridas penetrantes de la cavidad abdominal (1). »

Hice la incision sobre la herida y no en la línea media, porque « la incision en esta operacion debe hacerse en el sitio de la herida abdominal (2). »

El agrandamiento de la herida poritoneal y su desinfeccion, la exploracion de las asas intestinales y epiplon salidos por la herida, no necesitan justificarse, pues entran en el cuadro operatorio comun.

Las consecuencias post-operatorias fueron excelentes. No hubo dolor abdominal ni fiebre, y los hilos superficiales se quitaron á los ocho dias, habiendo curado la herida externa por primera intencion.

Concluiré estas líneas resumiendo brevemente cuanto he escrito, á saber:

En toda herida penetrante del abdómen ó que se sospeche tal, el cirujano está moralmente obligado á intervenir con tanta más razon, cuanto más pequeña y anfractuosa sea. El desarrollo de la peritonitis, que no constituye ni con mucho una contraindicacion, debe inducir al cirujano á intervenir á la brevedad posible.

Buenos Aires, Julio de 1894.

---

(1) Transactions of the international medical Congress North Section, Washington, 1887.

(2) Loco citato.

HIGIENE PÚBLICA

Esterilizacion de la carne de cerdos tuberculosos

La Inspeccion Técnica de Higiene de la Administracion Sanitaria, que dirigen los doctores Gandolfo y Schatz, se ha expedido sobre una solicitud que pretendia el privilegio de fabricar embutidos con las carnes decomisadas en el matadero, por tuberculosis, en el interesante informe siguiente:

Señor Director General:

La propuesta de los recurrentes importa la consideracion de un punto importantísimo de Policia Sanitaria, que ha suscitado grandes discusiones y controversias en los Congresos de Higienistas que se han reunido en estos últimos años.

En el Congreso de la Tuberculosis de 1893, en el Congreso de los Higienistas alemanes de Wurtzbourg, de Mayo del año pasado, para no citar sinó algunos, se ha tratado extensamente el asunto y, forzoso es decirlo, no se ha llegado á solucion.

Se trata de una cuestion que es en conjunto el expendio al público de carnes provenientes de animales tuberculosos

Los señores Cortalezzi piden se les permita fabricar factura con la carne de los cerdos decomisados por enfermedad: factura que procederán á esterilizar despues de confeccionada y que expenderian en esas condiciones.

La esterilizacion que indican es la del calor.

De esta proposicion fluyen dos premisas que discutir, y que darán en definitiva la solucion que se nos pide:

Primero. — Cómo y cuándo puede considerarse esterilizada una carne afectada de tuberculosis, tratada por el calor.

Segundo. —¿Los medios de que disponen los recurrentes y la maneras de proceder, garanten una completa esterilizacion?

La primera cuestion no admite discusion. Es verdad científica universalmente aceptada la unidad de la tuberculosis derivante de una sola causa, el bacilo de Koch.

Es verdad tambien ya discutida y comprobada, que el bacilo de Koch, refiriéndonos siempre á la esterilizacion por el

calor, que es lo que para el caso nos importa, muere, y así lo afirman todos los bacteriologistas, despues de los *setenta* grados de calor, prolongado durante un cuarto de hora; y si se quieren al respecto datos recientes no debo sinó citar la disertacion de Cornelis de Man (Munich, 1893), que relata las experiencias que emprendió para averiguar la resistencia de los bacilos de Koch al calor, y que resume de este modo: á 65° los bacilos, mueren en 1/4 de hora, á 80° en cinco minutos, á 95° en un minuto.

Pero esto se refiere simplemente á los bacilos en cultura y no en el interior de las carnes, donde la penetracion de calor se hace mas difícil y por ende sus efectos profilácticos.

Este para nosotros es el punto mas importante.

En el Matadero de Berlin, Hertwig, director de la inspeccion de carnes, estudiando los efectos de un aparato construido por Becker y Ullmann con el objeto de esterilizar carne contaminada y que en resumen no es sinó una tina en que se procura la ebullicion del agua por la accion del vapor circulante, pudo obtener temperaturas de 86° á 91° en el centro de pedazos que no pasaban en volúmen 6 sobre 12 centímetros.

Más tarde, ensayando una estufa construida por Rohrbeck, descrita por Arnould en la « Revued' Hygiéne » de junio del 93, el mismo Hertwig alcanzó temperaturas de 107° á 113° en el interior de los pedazos de carne que tenian de 12 á 15 centímetros de espesor.

Esta estufa de Rohrbeck, es un aparato que está provisto de un mecanismo que permite, al igual de los de Geneste Hercher, la condensacion del vapor por enfriamiento y la utilizacion por consiguiente de calor latente, para la obtencion de altas temperaturas en el espesor de los objetos.

Aplicando, segun la escala de Cornelis de Man, las temperaturas alcanzadas por los aparatos nombrados en las experiencias citadas, se debe concluir, aceptando la muerte del bacilo *in situ* y la esterilizacion consiguiente de la carne contaminada.

Pasemos ahora á la segunda cuestion. Los señores Cortalezzi han empleado en sus ensayos una tina calentada por el vapor que procura un generador y produce la ebullicion del agua Es el mismo principio del aparato de Becker y Ullmann.

Allí introducen las galantinas que fabrican con las carnes

tuberculosas y la someten á una coccion que se prolonga por más de tres horas.

Estas galantinas tendrán en término medio, un espesor de 10 á 15 centímetros.

Por indicacion de la oficina, y al efecto de apreciar la temperatura central de los trozos en coccion, se procedió en los dias 6, 7 y 8 del corriente mes, bajo la vigilancia del Inspector Veterinario señor Zabala, á tomar, con un temómetro de máxima, la temperatura central de las galantinas, que expuestas desde hacia dos horas á una temperatura constante de 100° dieron un promedio que ha alcancado á 75° c. como mínimum á dos horas y media, y 88° c. como máximum á las tres horas.

Esta investigacion se habia llevado aún más adelante.

Ya anteriormente se habia colocado en el centro de una de las galantinas en experiencia, varios ganglios mesentéricos manifiestamente tuberculosos, eligiéndose al efecto una de las galantinas de mayor diámetro.

Despues de una coccion de dos horas y con las precauciones de práctica, el mismo señor Zabala retiró los ganglios y procedió á inocular con ellos en la cavidad abdominal y en el pliegue del muslo, 4 chanchitos de la India, sin que hasta hoy, 36 dias de la inoculacion, se manifieste en estos animalitos síntoma alguno de enfermedad.

Esta experiencia va á ser repetida y por via de control, se piensa inocular del mismo ganglio antes y despues de sometido á la ebullicion en el interior del trozo.

Estas consideraciones conducen, aplicando á ellas los principios que ha sentado la primera cuestion, á admitir inocuidad de las galantinas que fabrican los señores Cortalezzi.

Pero surge una nueva dificultad que hay que tener muy en cuenta para aceptar la solucion definitiva.

Las galantinas son embutidos en cuya factura entran sustancias de distinta consistencia, y que responden por consiguiente de distinta manera á la conductibilidad del calor en su interior.

Por ello puede suceder que la temperatura no se uniforme y no llegue al máximum citado en todas sus partes al mismo como á la facilidad de tiempo.

Hay además que tener en cuenta, que como se trata de embutidos, lo que importa solucion de continuidad entre las partes componentes, que pueden estar más ó menos compri-

midas, es posible surjan dificultades para la difusibilidad calorífera, tanto en lo que deba referirse á su intensidad propia, como á la facilidad de su trasmision.

No menciono la tela que envuelve el embutido porque ella ha existido en todos los casos en que se ha hecho la experiencia.

Pero esto en todo caso no invalida la posibilidad de la esterilizacion, considerada así en conjunto; importa únicamente, encarándola sintéticamente, un aumento en la intensidad del calor esterilizante y una accion más prolongada de ese agente sobre la sustancia á esterilizar.

Estas consideraciones significan, para nuestro concepto, que es indispensable exigir un esterilizador, el de Rohrbeck, el de Henneberg, ó cualquier otro, que garantan una temperatura central de 95° antes de las dos horas de funcionamiento.

Colocados así en el justo término, y considerando que se trata de evitar perjuicios á una industria bastante extendida entre nosotros, que está sufriendo más que en ninguna otra parte los efectos de una difusion de tuberculosis, completamente desconocida hasta aquí y que no se menciona en ninguna estadistica con el monto exagerado que se señala entro nosotros (la proporcion fluctúa entre 7 y 9 %, y aún en casos excepcionales más, de tuberculosis generalizada sobre los cerdos sacrificados) venimos á concluir, aceptando el voto de Degive en el Congreso de la Tuberculosis del año ppdo., que se debe propender á establecer en los mataderos públicos, aparatos esterilizadores como los de Berlin, que aseguren un perfecto funcionamiento y produzcan resultados seguros y eficaces.

Creemos de consiguiente que se puede permitir lo que solicitan los señores Cortalezzi, siempre que se coloquen dentro de las condiciones de seguridad exigibles, y que la instalacion se efectúe de acuerdo con los preceptos más extrictos de la profilaxia que he indicado.

Y estos preceptos, como lo dice muy sensatamente Arnould en su última obra « La Sterilisation Alimentaire », deben comenzar por instalar el departamento de esterilizacion en el matadero mismo; la única manera, agrega el autor citado, de poder garantir un control riguroso y competento.

En el matadero de Corrales, existe actualmente un local que construyeron con autorizacion de la Intendencia los matari-

fes de animales porcinos, con el objeto de explotar allí, en la forma que oportunamente se les concedió, la grasa de los animales decomisados.

Pero ese local no reune absolutamente las condiciones higiénicas que la nueva industria tiene derecho á exigir; se requeriria una transformacion completa, y por aquí habria que empezar la reglamentacion del nuevo servicio.

Una concesion como la que se propone, importa en sucinto, la fabricacion de embutidos, y que ésta se haga dentro ó fuera de Corrales, á ella alcanzan siempre las prescripciones y disposiciones con que la reglamentan las ordenanzas vigentes.

Estas son lo suficientemente precisas para comprender cómo debe estar construido el local, qué distribucion debe tener, qué condiciones debe reunir. A éstas se deben referir en todo caso los concesionarios, si es que la superioridad provee favorablemente á su pedido, con las restricciones que vamos indicando, y ellos se resignan á aceptarlas de grado.

Así, pues, se debe establecer que el local será de material con paredes blanqueadas con cal, con piso y friso impermeable, bien ventilado, con puertas y ventanas con rejillas de alambre, con agua suficiente para garantir una fácil limpieza, que la mesa y utensilios serán de las condiciones reglamentarias, etc., etc.

Los embutidos se fabricarán bajo la inmediata vigilancia de la Inspeccion Técnica y serán para garantir la penetracion fácil del calor esterilizante en el interior, de dimensiones determinadas; no pasarán de 10 centímetros de diámetro, por ejemplo.

El esterilizador funcionará siempre bajo la constante vigilancia de un empleado de la Inspeccion, y los embutidos que en él se introduzcan no podrán ser retirados antes de dos horas y media de coccion.

Se prohibirá absolutamente la utilizacion de cualquier parte que sea de los animales que se hallen ya en período caquéctico, y no se podrán, en ningun caso, embutir órganos con tubérculos ó parásitos, ganglios reblandecidos ó caseosos, y en general las partes en que la enfermedad se hubiese localizado más especialmente.

Y si á esto agregamos lo que hemos dicho ya del aparato esterilizador, que debe garantir una temperatura central de

95º c. antes de las dos horas, habremos dejado apuntadas las condiciones indispensables que se deben imponer á la propuesta, si es que ella logra sancion favorable.

Queda otro punto importante que discutir. ¿Debe la Municipalidad reglamentar la venta de estos productos?

Indudablemente que los embutidos así fabricados, bajo ese control riguroso y esas restricciones precisas que hemos indicado, pueden considerarse como esterilizados y sin peligro para el consumidor.

Pero no es tambien menos cierto, que son artículos de segunda calidad, hechos en condiciones económicas, que desmerecen, comparados con los fabricados en las condiciones habituales, y que deben por lo tanto alcanzar un precio menor en los mercado.

Tal vez la cuestion que trato parezca un poco árdua, y alguien creyera que escapa á la iniciativa de la administracion.

Puede argumentarse que los embutidos fabricados en Corrales, no suponen peligro para la salud, y que por ello solo salen ya de la incumbencia de la autoridad; lo demás se referiria solo á modos y manera del comercio, á procederes de vendedor más ó menos lícitos considerados moralmente, pero de ningun modo reglamentables y mucho menos punibles.

No lo creemos.

La autoridad municipal está en la obligacion de velar por que los alimentos que se suministran á los habitantes de las ciudades, no solo reunan las condiciones de sanidad indispensables, sino tambien evitar las mistificaciones posibles tanto en la calidad como en la cantidad de los artículos en venta, aun cuando estas mistificaciones solo redundan en perjuicio del peculio de los compradores, no ya de su salud.

Así se ha entendido en todas partes, y para convencerse de ello no basta sino consultar las ordenanzas sobre productos alimenticios en vigencia en los municipios más adelantados del viejo mundo; igual puede hacerse con los nuestros que penan, concretando, no ya las falsificaciones de la leche, para citar un producto, sino aun la mistificacion que importa la adicion de agua á la misma.

Y si hemos de referirnos á la materia que principalmente nos ocupa, — carnes tuberculosas — solo recordaremos que el municipio que más facilidades ha dado y más empeños se

ha tomado para facilitar la esterilizacion y consumo de las carnes decomisadas por enfermedad, el de Berlin, tiene en su Digesto una ordenanza de fecha 15 de Septiembre de 1887, que estatuye los *Freïbänke* como únicos puntos de expendio de esos productos; y el público sabe que lo que allí se vende es carne de segunda calidad, que proviene de animales enfermos, que ha sido esterilizada convenientemente, y la compra á precio reducido.

Nosotros no queremos tanto como esto para esta ciudad, porque tenemos el convencimiento de que la declaracion de la procedencia valdria la ruina de la industria; pero creemos sí que es posible que los embutidos fabricados en las condiciones que hemos discutido, lleven un sello, una marca, una señal cualquiera, que indique que son productos de segunda categoria, que merecen precio más reducido, y que evite por consiguiente las posibles explotaciones del negociante.

Y aquí concluimos, señor Director, dejando apuntadas todas las consideraciones que nos ha sugerido el estudio detenido del asunto importante que se nos ha sometido, creyendo que la solucion que indicamos, es la que más conviene á los intereses de la higiene y á las exigencias de la industria, consultado con el criterio menos obstruyente posible.

Tal vez alguien pensará que aparecemos severos y exigentes: á ellos solo contestaremos con las conclusiones que fluyen de las palabras de Lydten, pronunciadas el Congreso de Würtzbourg, ya citado, refiriéndose á las carnes esterilizadas de los Freibänke, perfectamente aplicables para el caso: « Los individuos que consumen estas carnes son por lo general debilitados y aptos para las infecciones. Es fácil prever cómo un accidente de la máquina, una vigilancia insuficiente en las operaciones de esterilizacion, se traducirian por enfermedades de multitudes. »

Las precauciones, pues, se imponen.

Inspeccion Técnica de Higiene, Noviembre 20 de 1894.

NOTAS MÉDICO-LEGALES

ALGUNAS OBSERVACIONES DE MANCHAS DE TARDIEU

(Equimosis sub-serosas)

Sabido es que este ilustre médico legista, habia querido hacer de las manchas que llevan su nombre la característica de un género de asfixia: la sofocacion. Perdieron luego su importancia en ese sentido, pues han sido observadas en muy variados casos, si bien lo más frecuentemente en las asfixias.

Nuestro distinguido colega el doctor Badía, las ha observado con frecuencia durante la epidemia de grippe del año 1892.

Nosotros acabamos de notarlas en tres casos. En el primero la lengua estaba sujeta entre los maxilares por la rigidez de los músculos. Además de los signos comunes de la asfixia, se encontraban pequeñas equimosis sub-pleurales y sub-pericárdicas, estando éstas localizadas alrededor de la punta del corazon. Los antecedentes recogidos por el médico seccional que pidió la autópsia, dicen que el individuo sufria de ataques epilépticos y que el dia del fallecimiento se oyó en su cuarto un grito, al que acudieron algunas personas que lo encontraron ya muerto.

En el segundo caso, la autópsia solo reveló una congestion pulmonar intensa; las manchas equimóticas solo se veian debajo de la pleura.

En el tercer caso, encontramos un tumor laríngeo que obstruia completamente la glotis; las manchas de Tardieu solo se produjeron debajo de la pleura.

De modo que, en dos de nuestras observaciones, las manchas se produjeron por *asfixia de sofocacion;* en el otro caso (segundo), por la asfixia propia de las *congestiones pulmonares.*

J. Llambias Mir
Prosector de la Asistencia Pública.

SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA

SESION DEL 2 DE NOVIEMBRE

Ruptura espontánea del corazon por fragmentacion del miocardio

Dr. Julio Mendez. — Prévia una reseña histórica sobre las rupturas del miocardio, el orador relata el caso de un individuo cuya autopsia fué practicada en la Asistencia Pública y cuyo corazon presenta. El diagnóstico de las lesiones encontradas á la autopsia, puede expresarse así: *arterioesclerosis generalizada; adherencias pleurales bilaterales; pericarditis fibrosa parcial; gran hemorragia en la cavidad izquierda; ruptura triple del corazon (ventrículo izquierdo); aortitis esclerosa; arterio-esclerosis de las coronarias; trombus de la coronaria izquierda; miocarditis intersticial.* Hombre de 60 años.

El sitio de las rupturas era la parte media de la cara anterior del ventrículo izquierdo, presentando bordes netos por fuera; una de ellas tenia por fuera una extension de 1 á 2 centímetros y por dentro 4 próximamente; la comunicacion era una desgarradura irregular de la pared.

La otra ruptura, situada en el vértice, tenia de 1 á 1.5 centímetros y era, exteriormente, de bordes netos. La abertura interna estaba cubierta por trabéculas que fué preciso separar y desgarrar para ver bien.

Las preparaciones microscópicas, que presenta tambien, revelan una miocarditis intersticial difusa, con focos hemorrágicos múltiples, sobre todo al nivel del borde izquierdo del ventrículo izquierdo; al nivel de la ruptura, se nota además una fragmentacion de las fibras musculares, sin alteracion parenquimatosa aparente. La fragmentacion se caracteriza por ruptura trasversal de las fibras, completa y regular, en forma de escalera ó incompleta.

Tratando de explicarse el caso actual, el orador estudia las diversas causas de ruptura que pueden, en su concepto, ordenarse en grupos distintos, teniendo en cuenta la unidad del proceso genético ó la sistematizacion voluntaria.

Se constituirian así tres grupos:

1º. Las que no dependen del órgano mismo sino de producciones que se desarrollan ó se extienden hasta él: *cáncer* (primitivo ó secundario); *equinococcus* (muy raro como productor de rupturas); *abcesos* (metastático ó nó); *endocarditis ulcerosa; gomas sifilíticos; procesos vecinos* que llegan á invadir el miocardio (úlcera del estómago, etc.).

2º. *Causas mecánicas:* caídas, golpes, etc.

3º. y mas importante: *alteracion de las coronarias* engendrada por el ateroma, la arteritis, las embolias y el trombus, trayendo como consecuencia la *tumefaccion turbia*, *la degeneracion grasosa*, *la miomalacia*, *la miocarditis crónica fibrosa*, etc.

Hoy está demostrado, contrariamente á lo que antes se pensaba, que la ruptura espontánea del músculo sano es imposible. No hay que creer tampoco, como se aceptaba hasta hace poco, que solo la *degeneracion grasosa* ó el *aneurisma cardíaco* pueden ser causa de ruptura; la primera es capaz de determinarla únicamente en los casos en que es bien circunscrita; así desde 1888, no se la encuentra mencionada como causa ni una sola vez, en los 30 casos publicados. Igual cosa puede decirse de la *miocarditis parenquimatosa*.

Ziegler describió posteriormente la *miomalacia* que se encuentra desde entonces frecuentemente (Peter, Merklen, Stolper, Achalme, Halipré).

La *miocarditis eslerosa* figura desde largo tiempo como favoreciendo la formacion de aneurismas y determinando mas tarde su ruptura.

Por fin, la *fragmentacion del miocardio* debe ser incluida en este grupo, como lo prueba el caso presente. Este proceso, de estudio reciente, ha dado lugar á discusiones no terminadas aun.

Descripto por Renaut, bajo el nombre de *miocarditis segmentaria*, en dos formas distintas: *miocarditis segmentaria esencial crónica* (en los viejos), y *miocarditis segmentaria sintomática* de lesiones valvulares, endarteritis y eslerosis cardíaca, ha sido luego designada por Zencker y Recklinghausen con el de *fragmentacion del miocardio*. El último autor citado así como Oestreich, la considera como un fenómeno agónico debido á las últimas contracciones

tumultuosas y violentas del corazon. Oestreich sostiene tambien que el proceso no consiste, como creía Renaut, en una separacion del cemento que une las fibras sino en la ruptura de la fibra misma; así puede verse tambien en estas preparaciones microscópicas.

Fränkel ha visto el fenómeno de la fragmentacion en músculos voluntarios de animales despues de la ligadura de la arteria nutricia y Oestreich en músculos de los muñones de amputados; parece, pues, que sea la anemia su causa inmediata.

En el caso presente, estamos autorizados á considerar la fragmentacion como productora de la ruptura: 1º, por existir ella circunscrita al punto de la lesion; 2º, porque la miocarditis existente no es bastante acentuada ni limitada para dar lugar por sí sola á la ruptura.

No hay aun publicado un solo caso semejante. La opinion de A. Robin de que la fragmentacion del miocardio debe ser causa frecuente de ruptura espontánea era una simple suposicion desde que dicho autor no publicó observacion alguna que la apoyara.

Sonda, cánula y cureta uterinas

El Dr. Molinari presenta tres nuevos instrumentos metálicos que considera superiores á los usados hasta ahora, del punto de vista de la antisepsia y de la comodidad.

SESION DEL 9 DE NOVIEMBRE

Trasposicion de visceras

El Dr. Horacio Piñero presenta un enfermo muy intereresante. Hombre de 52 años, agricultor sin antecedentes mórbidos de importancia.

Además de un aneurisma de la aorta (probable), el enfermo ofrece una dislocacion indudable de su corazon, cuya punta late en el mamelon derecho y cuya figura de matitez, semejante á la normal está invertida, siendo el borde izquierdo vertical y el derecho y superior, oblícuo.

En el lado derecho y en el lugar en que debiera existir el hígado, existe una zona timpánica que se continúa de modo á presentar la forma del estómago; esto se ha comprobado

bien, distendiendo el estómago por una mezcla efervescente. Inversamente, una matitez de forma y tamaño enteramente iguales á las del hígado, ocupa el hipocondrio izquierdo. Una pequeña matitez, de la forma de la del bazo normal, ocupa en la base del tórax, del lado derecho, una posicion idéntica á la que tiene normalmente en el lado opuesto.

Despues de discutir prolijamente todos estos signos físicos, el orador expresa su opinion, conforme á la de los Dres. Araoz Alfaro y Semprun, que han visto al enfermo, de que hay una trasposicion del corazon, hígado, bazo y estómago.

Electro diagnóstico — Aparatos y métodos nuevos

El Dr. Sudnick lee á este respecto un trabajo muy interesante, acompañado de trazados gráficos, que no es posible extractar. Será publicado íntegro en la Revista de la Sociedad Médica.

Presenta igualmente los aparatos que ha ideado con el objeto de modificar los procedimientos actuales de electro diagnóstico.

NOTAS TERAPÉUTICAS, QUÍMICAS Y BACTERIOLÓGICAS

Por el Dr. **Susviela Guarch**

De la casa Demarchi, Parodi y Cia.

Tratamiento de la sífilis con el aceite gris al 50 %

Por el doctor Claessen de Aacfen

Los resultados favorables obtenidos en el tratamiento de la sífilis con el aceite gris al 30 %, comprobados en la seccion de sífilis á cargo del Profesor Leichterstern, dieron lugar á estudiar tambien el aceite gris al 50 % recomendado entre tanto por Lang. El autor nos comunica los resultados que se han anotado despues y durante cuatro años, comparando el tratamiento de la sífilis con el aceite al 30 % y al 50 % y el salicilato de mercurio, respecto del tratamiento con las unciones mercuriales.

Llega á las conclusiones siguientes, tras de la enumeracion de un gran número de casos..

El aceite cinereo al 50 % es un anti-sifilítico excelente y de segura y pronta eficacia. En su accion sobrepasa la del aceite gris al 30 % y la del salicilato de hidrargirio, tanto respecto de la brevedad en la duracion del tratamiento y el número de las inyecciones necesarias para la curacion como por el número de las recaídas.

Por esto, es apropiado para cuando no puede hacerse una cura por unciones ó no es practicable otro tratamiento, y en grado considerable, para el tratamiento ambulatorio en las consultas del médico práctico.

Es en este tratamiento indispensable mantenerse en la dósis permitida; antisepsia rigurosa en las inyecciones de parte del médico, cuidado el más esmerado de la boca y dientes; así como vida regular de parte del enfermo, cuidando principalmente de no irritar el intestino.

(*Therapeutische Monatshefte*, núm. 10.)

Tratamiento de algunos casos de sífilis grave índica, con extracto de glándula tiróidea

Del doctor Menzies

En seis de los casos referidos, trátase de casos de sífilis bastante reciente, con afecciones de la piel graves, tales como rupia y análogas, caquexia general y completa ineficacia del tratamiento específico. El extracto se dió en una cantidad diaria de 0,3 á 0,6, haciendo desaparecer rápidamente los síntomas enunciados. Además, fué tratado con éxito un enfermo de lues hereditaria, que tenia un tumor gumoso en una pierna.

(*Brit. Med. Journal*, 7 Julio. — *Therapeutische Monatshefte.*)

Profilaxia de la difteria

Arztliche Verein zu Worms á Rh. del doctor Bergman

El autor hizo preparar en sociedad con el doctor Kirchner, pastillas hechas de una masa compuesta de Tymol, Nato-

benzoic y Sacarina. Las pastillas se deshacen en la boca y son completamente inofensivas.

Esparteina en la anestesia por el cloroformo. Langlois y Maurange

Société de Biologie. — Sesion del 7 de Julio de 1894

La recomendacion de la atropina, conjuntamente con morfina (disminucion de la accion del vagus sobre el corazon) no ha encontrado aceptacion, sino en un número reducido de cirujanos.

La esparteina, tiene la propiedad de regularizar la accion del corazon y disminuir la excitabilidad del bago. Los experimentos hechos en conejos y perros han demostrado el mérito de la esparteina en el uso del cloroformo, por restablecerse con mucha más rapidez el ritmo normal del pulso, al principio de la narcosis, en los animales en quienes se usó la esparteina que en aquellos en que no se les administró.

En el hombre se dió la esparteina en 120 casos en la dósis de 0,03, 0,04 y 0,01 de morfina, 15 minutos antes de comenzar la aplicacion del cloroformo con el resultado de haberse mantenido el pulso siempre lleno y regular aun mismo en narcosis de largo tiempo y tambien en enfermos del corazon.

Tira emplástica americana

Como esta tira emplástica es salicilada, da cuenta Kamm, (Der arztl. Practiken 1894, núm. 25) de haber obtenido en dos casos en que aplicó esta tira, fuertes dermatitis debajo de ella, afecciones que atribuye al ácido salicílico contenido en el emplasto. Recomienda pues, en caso de usar tales emplastos, los que no contienen ácido salicílico.

Therapeutische Monatshefte.

Empleo de las pastas á base de gelatina para los vendajes oclusivos de los ojos y la cara

Por J. Braqueehaye

(*Revue de la Bibliograpie médicale,* d'aprés Archives d'ophtalmologie, mai 1894, núm. 302)

El vendaje de gelatina presenta sobre los vendajes ordinarios muy sérias ventajas. No causa jamás una compre-

lion bastante fuerte para causar una cefalalgia, ni altera los cuidados de la *toilet.* La oclusion por la gelatina es superior á la venda mejor aplicada.

No es irritable para los tegumentos. Se halla contraindicado cuando es necesaria una compresion ó existe lagrimeo de los ojos. En fin, no puede emplearse en los niños á causa de su indocilidad.

La fórmula aconsejada por el autor es la siguiente:

Oxido de zinc.....	10	gramos
Gelatina.....	35	»
Glicerina	20	»
Agua.....	35	»

Para el caso de que la pasta deba ser aplicada directamente sobre una herida de la cara, se la podrá hacer antiséptica incorporándole iodoformo, salol, ácido fénico ó sublimado.

Los vendajes á la gelatina, han sido empleados en los últimos tiempos con éxito en los operados de catarata, en la clínica del Profesor Panas. Los tópicos colocados sobre el ojo (gaza iodoformada, algodon, etc.), son recubiertos por tira de franela que mide 25 centímetros de largo, por 10 de ancho, y los pequeños costados de este rectángulo, son fijados por medio de la pasta de gelatina.

(*L'Union Pharmaceutique.*)

Sobre las inyecciones hipodérmicas de quinina

POR M. H. MARTY

Segun M. Marty (*Journal de pharmacie et de Chimie*) los dos clorhidratos de quinina deben ser preferidos para la preparacion de las inyecciones hipodérmicas, á todos los otros compuestos de quinina sin excepcion.

El clorhidrato puede ser empleado cuando se quiere operar con soluciones concentradas (0 gr. 50 de sal y más por centímetro cúbico), pero con la condicion de preparar la solucion con la sal cristalizada y no con el monoclorhidrato, transformado en diclorhidrato por agregacion de ácido clorhídrico. Esta última preparacion debe ser eliminada porque ella puede dar lugar á accidentes graves.

El monoclorhidrato hecho soluble por la analgesina, en dos partes de agua, deberá ser el comunmente empleado.

La solucion de 0,30 por centímetro cúbico es suficiente en casi todos los casos; su reaccion es débilmente alcalina, es más soportable que la solucion de biclorhidrato y se puede siempre, multiplicando las inyecciones, inyectar fácilmente la misma dosís de quinina que con la solucion de biclorhidrato.

He aquí las fórmulas:

1) Inyeccion hipodérmica de quinina (biclorhidrato):

Biclorhidrato de quinina..... 5 gramos
Agua destilada Q. S. para obtener..... 10 cc.

1 cc. encierra 0,50 de biclorhidrato.

(Fórmula de M. M. Beurmann et Villejean.)

2) Inyeccion hipodérmica de quinina (monoclorhidrato.)

Monoclorhidrato de quinina..... 3 gramos
Analgesina..... 2 »
Agua destilada hirviendo (enfriada á más 15º) 6 cc.

Introdúzcanse las sustancias dentro de un frasco de tapon esmerilado, bien limpio y estéril, que se sumergerá en el agua de 40-50º hasta la disolucion completa.

El volúmen total es de 10 cc. á más de 15º.

1 cc. encierra 0,30 de monoclorhidrato.

La solucion se mantiene á la temperatura de más 10º. Debe ser limpiada y no tener cuerpo extraño alguno en suspension.

Esta fórmula ha sido adoptada y recomendada por el Comité Técnico de Salud del Ejército.

Observacion importante. — El médico hará bien en formular:

Monoclorhidrato de quinina
Diclorhidrato de quinina

con el fin de evitar toda confusion posible con las sales similares de los alcaloides tóxicos, (principalmente la morfina).

L. V.

(*L'Union Pharmaceutique.*)

Uso de las esponjas en cirugia

COMUNICACION Á LA ACADEMIA DE MEDICINA

Por M. Guermonprez de Lille

Segun este autor, pueden emplearse en cirugia las esponjas realmente asépticas. El tejido de la esponja puede ser reabsorbido por el organismo; se hace desde luego adherente y termina por desaparecer sin dejar traza alguna despues de haber perdido su elasticidad.

En las úlceras de la pierna, las esponjas desinfectadas cuidadosamente son útiles; su tejido debe presentar largas mallas, y deben, para ser utilizadas, ser cortadas en muy pequeños fragmentos. Al cabo de 15 dias cuando se cambia el vendaje, se hallan los fragmentos de esponja adherentes y se les ve ser poco á poco reabsorbidos; en algunas semanas se ha obtenido la cicatrizacion.

En las heridas que dejan cavidad, tales como las procedentes de secuestros óseos, este procedimiento rinde grandes servicios; no sucede lo mismo para las cavidades originadas por pleuresias purulentas y sobre los neoplasmas ulcerados; en estos casos la esponja es tolerada pero no se adhiere. Parece que una aplicacion discreta de capas delgadas de esponja favorece la cicatrizacion en las quemaduras de vasta extension.

(*Bulletin Commercial de L'Union Pharmaceutique.*)

Jabon blando de calomel para fricciones en el tratamiento de la sífilis

M. Monties, de Toulouse, estimulado por sus buenos resultados recomienda en el *Journal des maladies cutaneés et siphilitiques*, el empleo de este jabon, compuesto de lejia de soda cáustica, lejia de potasa y aceite de almendras dulces.

El jabon blando de calomel merece ser recomendado bajo el punto de vista de su limpieza y de su misma preparacion.

Analizando la orina de los enfermos tratados por este jabon se encuentra mercurio como cuando se les trata por el un

güento napolitano. El autor deduce que este jabon al calomel puede reemplazar al ungüento napolitano del Codex.

(*Bulletin Commercial de L'Union Pharmaceutique*, núm. 9.)

Diagnóstico bacteriológico de la difteria

El ilustrado Dr. Emilio R. Coni, nos favorece enviándonos un estuche destinado al diagnóstico bacteriológico de la difteria.

El estuche viene acompañado de dos tubos de ensayo, conteniendo suero gelatinizado y estéril, mas otro vacio é igualmente estéril. Una espátula destinada á tomar el material sospechoso y trasportarlo al suero de cultivo, las instrucciones necesarias para proceder y una carta en blanco destinada á ser remitida con el estuche mismo al Laboratorio de la Presse Medicale para obtener de éste el informe de diagnóstico deseado.

El estuche mismo es preparado por la casa Adrian y Cª. Paris,—9ª, 11 Rue de la Perle.

Los médicos que no están por sus ocupaciones en el caso de hacer por si mismos cultivos del bacilus de la difteria como diagnóstico, encontrarán en esta forma un medio mas cómodo de practicarlo y no será extraño que entre nosotros tengan los estuches su aplicacion para todos los que quieran utilizarlos.

BIBLIOGRAFÍA

Eritemas infecciosos. — Tésis inaugural de Luis Viaña, 1894. — El autor trata detenidamente, y con regular acopio de datos, este tema bastante poco conocido por la generalidad de nuestros médicos. Separa los eritemas infecciosos de los exantemas con quienes estaban confundidos en la primera acepcion de esta palabra. Sostiene tambien su diferencia del eritema polimorfo de Hebra, haciendo

notar que aquellos son siempre secundarios y que su marcha es enteramente distinta.

En cuanto á la patogenia, acepta con la mayoria de los autores, que los eritemas infecciosos no son el resultado de la accion directa de los microbios, sino de sus secreciones; hecho que parece establecido desde que se ha demostrado la influencia considerable que ejercen sobre los vaso-motores los productos bacterianos (tuberculina de Koch, toxinas vaso-constrictivas del bacillus pyocianeus, estudiadas por Bouchard y Charrin, etc.)

Estudia en seguida prolijamente su sintomatología y diagnóstico, haciendo ver que, salvo casos excepcionales, es fácil diferenciar los eritemas infecciosos de las fiebres eruptivas y de las erupciones medicamentosas.

Las formas de erupcion son muy variadas, debiendo mencionarse entre las principales á las *escarlatinoide, morbiliforme* ó *rubeólica, pápulo pustulosa, purpúrica*; lo más comun es el eritema liso. maculoso, dispuesto de distintos modos, en círculos ó en dibujos irregulares (*eritema gyratum*), y dejando siempre intervalos del piel sanos y con su coloracion normal. Tódas estas variedades son secundarias y aparecen en la difteria, la escarlatina, el sarampion, la grippe, la fiebre amarilla, el cólera, la fiebre tifoidea, al revés del *eritema escarlatiniforme descamativo recidivante* de Besnier, que es una afeccion primitiva.

El diagnóstico de los eritemas infecciosos se hace, á más de las particularidades de la erupcion, por la falta ó poca elevacion é irregularidad de la fiebre, la ausencia de angina, enantemas y catarro, la marcha distinta de la de los exantemas y la falta ordinaria de descamacion.

El pronóstico es benigno; el tratamiento, nulo ó sintomático.

El reumatismo articular agudo es una entidad mórbida indivisible. — Tésis de Clemente Alvarez, 1894. — No ha sido feliz el autor al escoger este título para su tésis inaugural, trabajo serio y bien meditado. Nadie niega, en efecto, que el reumatismo articular agudo sea una entidad mórbida, y

menos que cualquier otro Lancereaux, á quien el autor particularmente ataca; bien netamente lo establece, al contrario, el sabio médico francés cuando distingue la *fiebre reumatismal* (reumatismo articular agudo) y el reumatismo crónico, haciendo de este último una de las tantas ramas de su herpetismo, y avanzando, respecto de su naturaleza, que se trata de una *neurosis vasotrófica*. El verdadero objeto de la tésis de Alvarez, solo se conoce despues de la lectura de su trabajo; es demostrar que no existe lo que Lancereaux llama *poussées agudas del reumatismo crónico*, y que toda afeccion que se presenta con ese sindroma clínico más ó menos completo es, seguramente, reumatismo articular agudo.

El autor hace con este objeto un prolijo y concienzudo estudio de la sintomatologia, complicaciones y pronóstico de la artritis reumatismal aguda ¿Ha conseguido demostrar lo que se proponia? Creemos que no, porque, sin discutir la cuestion en sus detalles, lo que seria demasiado largo, sus observaciones tienen un defecto capital: el corto período durante el cual los enfermos han sido seguidos; el autor no ha podido observarlos mucho tiempo y no puede por consiguiente, saber cómo se presentarán ellos en lo sucesivo, si tendrán ó no nuevos ataques y qué forma revestirán éstos; si los ataques serán siempre igualmente agudos ó si marcarán netamente una evolucion hácia la cronicidad. Para rebatir á Lancereaux, es menester no apartarse de las condiciones en que él observa; es preciso, por consiguiente, seguir á los enfermos mucho tiempo.

En una segunda parte, Alvarez estudia las relaciones del reumatismo articular agudo con la diátesis baditrófica. Para establecerlas, estudia experimentalmente las entradas y las salidas en individuos sanos y en reumáticos sometidos á la misma alimentacion; de esas experiencias bien conducidas y bastante variadas, deduce que no hay retardo en la elaboracion nutritiva en los reumáticos y no acepta por consiguiente, la opinion bien conocida de Bouchard á este respecto. Acompañamos al autor en esa idea, pero no

creemos que su trabajo proporcione una demostracion completa, por dos razones: solo ha estudiado la nutricion de dos reumáticos, número bien exíguo para autorizar conclusiones generales, y no se ha valido de procedimientos de precision en el cálculo de los desechos eliminados.

Estos defectos son perfectamente disculpables cuando no tenemos laboratorios y maestros apropiados á este género de investigaciones; con lo que ha hecho, el autor ha llevado á cabo una gran obra relativamente á los recursos de que es posible disponer, y sienta con ello una vez más su nombre de estudiante laborioso y dotado de un espíritu crítico, que solo necesita ser convenientemente cultivado.

Otras tésis sostenidas este año:

Operacion cesárea y sinfisiotomia, por José D. Rodriguez.

Supuraciones pelvianas en la mujer, por Pedro Mas.

El Arsénico y su toxicologia, por Juan A. Esquivel.

La Coqueluche y su tratamiento, por Enrique P. Marc, trabajo tan incompleto que en el tratamiento solo menciona la belladona, los tocamientos con cocaina y la reclusion!

Histerectomia total, por Claudio Bettega, muy completa y conteniendo numerosas observaciones prácticas interesantes.

Consideraciones higiénicas sobre el recien nacido, por Pedro Insua Dorrego.

Metritis Blenorrágica, por Pacífico Paulucci.

Miocarditis degenerativa y fiebre tifoidea, por J. M. Passicot.

Consideraciones sobre el destete, por Edmundo C. Smith.

Contribucion al estudio de la lactancia artificial, por Bartolomé Petry.

Recrudescencia, recidiva y segunda infeccion en la fiebre tifoidea, por José F. Tissone.

La Esterilidad en la mujer, por Arsenio Colombres.

Difteria, consideraciones generales, por José Malespina.

Arterio-ectasias en general, por Ponciano Padilla, trabajo erudito y muy metódico.

Apendicitis, por Francisco Robles.

Conjuntivitis de los recien nacidos, por Pascual L. Oliverio.

Tratamiento de Brand en Buenos Aires, por Agustin Samaniego. — Estudia el método de Brand en la fiebre tifóidea y basándose, aparte de las excelentes estadísticas europeas, en los casos observados en la Casa de Aislamiento, sostiene su superioridad indiscutible. Las únicas contraindicaciones que aceptan son : las lesiones cardíacas y arteriales, las enterorrágias, perforaciones intestinales, peritonitis y pericarditis.

Seria injusto decir que el nivel general de las tésis presentadas en nuestra Facultad, no ha ganado en los últimos años; hay, indudablemente, mayor esmero en casi todos los trabajos y mayor severidad por parte de las comisiones examinadoras.

No obstante, se aceptan todavia tésis muy deficientes, que son ahora mucho menos tolerables que antes, porque los elementos de estudio han aumentado y los profesores dictan una enseñanza mucho más completa. Hay todavia alumnos que solo escriben tésis porque les es obligatorio presentarlas, olvidando que es un trabajo que lleva su firma y por el cual serán juzgados más ó menos severamente.

Comprendemos que no se puede exigir trabajos originales á todos, pero creemos que el que presenta uno de recopilacion, está obligado á mostrar que ha estudiado el asunto y que no se ha limitado á la lectura de los libros corrientes. Si la Facultad no ha de exigir que las tésis sean, por lo menos, estudios críticos medianamente completos, valdria más que suprimiera esta prueba final que solo aprovecha, en esos casos, á los señores impresores y cuya pobreza perjudica el buen nombre de nuestra Escuela.

Igual cosa sucede en algunas tésis con las proposiciones accesorias. Corren impresas algunas que no es posible juzgar sériamente.

Nos proponemos hacer, en adelante, la crítica de todas las tésis que se presenten, sean ó no remitidas á nuestra Biblioteca ; esa tarea, penosa y desagradable para nosotros, no puede menos que alentar á los laboriosos, si es que no

llega á preocupar siquiera á los que no lo son. Por poco que favorezca los esfuerzos en pró de nuestro progreso médico, será obra útil; en este concepto, no tememos sacrificarle los pequeños disgustos que tendremos que soportar.

CRÓNICA

Preparacion del suero antidiftérico. — Los diarios políticos dan la noticia de que el director de la Asistencia Pública ha autorizado á invertir 1000 pesos oro en la compra de suero antidiftérico.

Cuando el Departamento de Higiene resolvió enviar al Dr. Malbran á estudiar el procedimiento de Roux, guardamos silencio por temor de que nuestra crítica pudiera atribuirse por algunos maliciosos á propósitos poco elevados. Pero ya que alguien se ha ocupado públicamente de la cuestion, debemos expresar nuestra opinion adversa á estas dos resoluciones que consideramos injustificadas y casi deprimentes para el estado de la ciencia médica en nuestro país.

¿Ignoran el Departamento de Higiene ó la Asistencia Pública, que tienen uno como otra, un laboratorio bien dotado y á su frente hombres ilustrados y prácticos que pueden preparar, con entera competencia, el suero antidiftérico? ¿Ignoran que las revistas, desde hace ya años, han publicado extensamente los procedimientos usados por Behring, y que, últimamente, Roux ha indicado extensamente tambien las modificaciones por él introducidas?

¿De qué sirven esos laboratorios, en los cuales se ha gastado grandes sumas, si no son capaces de cultivar el bacillus de Löffler, de preparar toxinas y de inmunizar animales?

Se nos dirá que los empleados son escasos, que el presupuesto de gastos es exíguo. Contestamos de este modo:

1000 pesos oro son 3500 pesos de curso legal. Un ayudante exclusivamente encargado de esta tarea podria ser remune-

rado con 100 pesos mensuales ó aun con 150; total al año, 1800 pesos, siendo generoso; si un ayudante parece poco, agregado al personal actual, repártase ese sueldo de 150 entre dos estudiantes.

Auméntese 100 pesos mensuales para gastos menores del laboratorio: 1200 pesos al año.

Total: 3000 pesos. 500 menos que el gasto autorizado; todo un año para preparar grandes cantidades de suero.

Y ahorrarnos la vergüenza de decir á Europa que tenemos tres grandes laboratorios bien instalados, bacteriologistas hábiles, que estamos al corriente del movimiento científico, y que necesitamos ir á Berlin ó á Paris á comprar suero ó á aprender como se prepara!

Concurso dental internacional en Málaga (España) para Agosto de 1895

Temas

Los Cordales ¿salen cada vez más tardios, produciendo mayores trastornos y perdiendo su verticalidad, particularmente los del maxilar inferior? de ser así: ¿cuáles son los medios preventivos y curativos?

Desorganizacion de la pulpa dental: etiologia, anatomia patológica, sintomatologia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Los anestésicos aplicables en cirugia dental: ventajas é inconvenientes.

Estudios sobre los dentífricos, los desinfectantes y antisépticos más eficaces en el tratamiento de la boca.

Ventajas é inconvenientes de todos los materiales empleados para *obturar* dientes.

¿Qué aparato ó procedimiento aventaja al *dique de goma* (Cofferdam)? de no existir, ¿qué propondria el autor, para sustituirle con superioridad?

Procedimientos para dorar íntimamente y de una manera homogénea el Caoutchouc vulcanizado con aplicacion á las piezas prothéicas.

Condiciones

Las memorias deberán ser breves, inteligibles, sin firmas ni domicilio de autores; cuyos datos constarán en sobre cerrado y aparte, pero con igual lema ó distintivo de las Memorias.

Aunque pueden ser escritas en todos los idiomas: se interesan preferentemente el español; despues, francés, italiano, portugués, inglés ó aleman; para facilitar el trabajo de traducciones.

No es indispensable poseer título oficial de dentista para optar á premios en este concurso.

Respetabilísimas corporaciones é individuos de reconocida competencia é ilustracion, constituirán el Jurado.

Los sobres correspondientes á las memorias no premiadas, serán inutilizados como es de costumbre, quedando los autores respectivos en libertad de publicar sus producciones.

Al Jurado compete, no solo designar las memorias que hallan de ser premiadas, sí que tambien la superioridad de los premios, ampliar el número de los diplomas y firmar dichos documentos.

Los que obtuvieren recompensa en este concurso, serán proclamados honorablemente en la convocatoria inmediata.

Los premios, como los temas, son en número de siete y consisten en medallas de oro, idem de plata y menciones honoríficas; llevando aquellas como éstas, el escudo de Málaga, competentemente autorizado por el Excmo. Ayuntamiento de la ciudad.

Los dentistas que no opten y quieran ser Jurado, lo avisarán antes del 30 de Abril de 1895, fecha en que se cierra este concurso.

Se publicará una interesante revista anual, que dará á

conocer los trabajos del Instituto y las memorias premiadas, conservando los autores despues, el derecho de publicacion.

A los que obtengan premios, y se hallen ausentes, se les comunicará el acuerdo y se servirán designar persona en esta localidad, para su inmediata entrega.

Los trabajos y consultas se remitirán al iniciador del concurso y donante de premios:

Señor J. DENAMIEL. — ESPAÑA. — MÁLAGA.

Congreso Nacional de Higiene

Despues de oir la opinion de las diversas comisiones organizadoras, el Departamento Nacional de Higiene ha resuelto que el Congreso que debia reunirse en Marzo sea postergado hasta Julio. Esa medida se imponia: el tiempo concedido era demasiado corto, si se atiende á que aún no han concluido de repartirse los programas de las diversas secciones.

Se impone tambien la autorizacion por el Gobierno para hacer gastos preliminares que son indispensables á los trabajos de varias de la Comisiones. El éxito del Congreso parece asegurado, y es preciso que no se malogre por falta de subsidios que alcanzarán á muy poca cosa.

Las enfermedades infecciosas en Nueva-York

Los que, en nombre de la libertad, protestan contra la declaracion obligatoria de las enfermedades infecciosas, deben tomar nota de una resolucion reciente del Consejo de Higiene de esta ciudad americana. Segun ella, toda casa ó departamento en que haya un enfermo contagioso será marcada exteriormente con una tablilla de color diverso según la afeccion: blanca para la difteria, roja para la escarlatina, azul para el sarampion, etc.

Indulto á un médico injustamente condenado

El Presidente de la República Francesa acaba de indultar al doctor Lafitte, condenado á tres años de prision por complicidad en un aborto provocado. La acusacion fué fecha por una muchacha culpable de tentativas criminales y aunque los jueces condenaron al médico, la opinion lo vindicó y la Asociacion de la prensa médica solicitó del gobierno francés la gracia que acaba de ser concedida.

Supresion de patente para los médicos

La Cámara de Diputados ha sancionado ya la sustitucion de la patente impuesta á los médicos por la obligacion de fijar una estampilla de cinco centavos en cada receta.

Se pretende de este modo no recargar igualmente á los médicos que trabajan y á los que no tienen clientela. El propósito no quedará cumplido, sin embargo; muchos médicos de barrios pobres expiden un gran número de recetas diarias y cobran muy pocos honorarios; los médicos que mas trabajan y que tienen muchas consultas recetan, al contrario, muy poco; sin embargo, el sistema parece preferible á la patente.

Enfermedades reinantes

Aparte del sarampion y la escarlatina que atacan un buen número de niños, dominan en ellos como en los adultos, las diversas perturbaciones del aparato digestivo: gastro enteritis, enteritis, entero-colitis, etc; que se exacerban todos los años en la época actual.

Direccion General de Estadística Municipal

Defunciones ocurridas en la ciudad de Buenos Aires durante el mes de Septiembre de 1894

SEGUN SEXO Y ENFERMEDAD

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
A Afecciones generales			
1. INFECCIOSAS, CONTAGIOSAS Y MIASMÁTICAS			
Fiebre tifóidea	4	1	5
Sarampion	4	1	5
Escarlatina	7	4	11
Coqueluche	3	3	6
Difteria	21	15	36
Escorbuto	1	—	1
Influenza	21	24	45
	61	48	109
2. ENFERMEDADES GENERALES			
Tuberculosis pulmonar	60	48	108
» de la laringe	1	—	1
» mesentérica	2	1	3
» de la pleura	1	—	1
» meningea	4	2	6
Sífilis infantil	7	3	10
Cáncer	5	7	12
» del estómago	4	1	5
» del higado	1	—	1
» del píloro	1	—	1
« de la garganta	1	—	1
» del esófago	2	—	2
» de la mama	—	1	1
» de la lengua	1	1	2
» del útero	—	3	3
» de la matriz	—	2	2
» de la vejiga	1	—	1
» de la laringe	1	—	1
» del cuello	2	—	2
» del pulmon	1	—	1
Reumatismo	1	2	3
Infeccion purulenta	—	1	1
Septicemia	3	—	3
Anemia	1	1	2
Alcoholismo	4	1	5
Leucocitemia	1	—	1
Atrofia muscular	1	—	1
Raquitismo	—	1	1
Paludismo	1	—	1
Diabetes	1	—	1
	108	75	183

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
B Afecciones locales, agudas ó crónicas			
1. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
Congestion cerebral	7	8	15
Apoplegia	3	3	6
Hemorragia	15	6	21
Anemia	—	1	1
Meningitis	40	32	72
Meningo-encefalitis	6	4	10
Encefalitis	—	1	1
Derrame cerebral	2	2	1
Hidrocefalia	1	1	2
Mielitis	2	2	4
Reblandecimiento cerebral	2	—	2
Agotamiento nervioso	—	1	1
Tétano traumático	2	—	2
Tétano infantil	7	8	15
Eclamsia	—	2	2
Eclamsia infantil	5	3	8
Parálisis general progresiva	3	1	4
Edema del cerebro	—	3	3
Ataxia locomotriz	1	—	1
Catalepsia	1	—	1
Enfermedad Parkinson	—	1	1
	97	79	176
2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO			
Pericarditis	1	—	1
Endocarditis	1	—	1
Aneurisma	2	—	2
Aneurisma de la aorta	5	2	7
Persistencia del agujero de Botal	1	1	2
Aortitis	2	—	2
Hemorragia	1	1	2
Angina de pecho	5	1	6
Vicio orgánico al corazon	41	36	77
Ateromasia arterial	3	3	6
Miocarditis	3	4	7
Pleuro pericarditis	—	1	1
	65	49	114

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
3. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Laringitis	1	—	1
Laringitis estridulosa	2	4	6
Bronquitis	31	39	60
Bronco-neumonía	85	79	164
Neumonía	70	58	128
Pleuro-neumonía	7	2	9
Pleuresia	1	3	4
Congestion pulmonar	5	4	9
Asma	1	—	1
Edema de la glótis	2	—	2
Gangrena pulmonar	1	—	1
Espasmo de la glotis	—	1	1
Parálisis laringea	1	—	1
Hemoptisis	1	1	2
Edema pulmonar	1	—	1
	209	191	400
4. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO			
Gastritis	—	1	1
Gastro-enteritis	9	9	18
Atrepsia	9	8	17
Fiebre gástrica	1	—	1
Ulcera del estómago	1	—	1
Indigestion	—	2	2
Enteritis	12	4	16
Entero-colitis	1	1	2
Disenteria	1	—	1
Oclusion intestinal	2	—	2
Peritonitis	4	6	10
Hernia	—	1	1
Hepatitis	1	1	2
Estomatitis ulcerosa	1	—	1
Peritiflitis	1	—	9
Angina flegmonosa	—	1	1
Cirrosis	2	—	2
» del hígado	6	—	6
Atrofia	1	—	1
	52	34	86
5. ENFERMEDADES DEL APARATO GÉNITO-URINARIO			
Mal de Bright	3	2	5
Uremia	7	6	13
Nefritis	8	3	11
	18	11	23

ENFERMEDADES	SEXOS V.	M.	Total
6. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.			
Erisipela	3	1	4
Gangrena	1	—	1
Adenitis supurada	—	1	1
Noma	3	—	3
	7	2	9
7. ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCION.			
Mal de Pott	4	1	5
	4	1	5
8. AFECCIONES PUERPERALES.			
Eclamsia	—	1	1
Hemorragia	—	2	2
	—	3	3
C Muertes accidentales ó violentas			
Asfixia por sumersion	1	—	1
Heridas	5	2	7
» por arma de fuego	8	1	9
Ustion	1	2	3
Suicidio	3	—	3
Intoxicacion saturnina	—	1	1
Traumatismo	5	1	6
Chock traumático	1	—	1
Fracturas	5	—	5
Conmocion cerebral	—	1	1
Inanicion	2	2	4
	31	10	41

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
D Nacidos muertos ó muertos poco despues de nacer			
Debilidad congénita....	18	19	37
Nacidos muertos.	60	57	117
Espina bifida.....	—	1	1
Icteria	—	1	1
Supuracion del cordon.	—	1	1
	78	79	157

ENFERMEDADES	SEXOS		
	V.	M.	*Total*
E Sin clasificacion			
Ascitis.....	1	—	1
Asfixia.....	—	1	1
Consuncion	1	4	5
Senectud.....	3	9	12
Marasmo.....	2	1	3
Sin especificacion.....	2	5	7
	9	20	29

RESÚMEN

VARONES	MUJERES	*Total*
739	602	1341

Año XVII — 1894 BUENOS AIRES Tomo XVII—Nº 12

Anales del Círculo Médico Argentino

DICIEMBRE DE 1894

MIOPATIAS PROGRESIVAS PRIMITIVAS

Por el **Dr. Enrique Tornú**

Laureado de la Facultad de Medicina de Burdeos

Las *miopatias progresivas primitivas*, á pesar de su historia muy reciente, son más comunes de lo que á primera vista parecen serlo, y creemos que si muchas veces pasan desapercibidas, es porque una gran mayoria de los que tienen ocasion de observarlas, las confunden con las miopatias de orígen medular.

Esto es muy natural, si se tiene en cuenta que, á pesar de que uno de sus principales tipos fué ya descrito por Duchenne de Boulogne (*Electrization localisée*, Paris, 2ª edicion, pág. 353) en 1861, recien en el año 1884 y gracias á Erb y á Landouzy y Dejerine (*Revue de Medicine*, 1885, núm. 2 y 4) que casi al mismo tiempo describieron los dos tipos con la denominacion de *escápulo-humeral* y de *facio-escápulo-humeral* respectivamente, estas miopatias han sido separadas del grupo de las atrofias mielopáticas, formando una entidad mórbida aparte cuyo orígen está en el sistema muscular mismo, como lo han probado las numerosas autópsias practicadas y los trabajos de Charcot, Leyden, Raymond, Cornil, Rovighi, Bourguet, Damaschino, Menut, Hamon, Hoffmann, Berger, Eulemburg, Tooth, Marie, Möbius, Schultze, etc., etc.

Actualmente, la literatura médica extranjera sobre las miopatias primitivas es ya numerosa, habiéndonos sido fácil reunir cerca de cien trabajos respecto á esta materia, y dos de los textos más modernos de enfermedades del sistema nervioso, traen una descripcion bastante completa (*Maladies du systeme nerveux de Grasset et Rauzier*, Paris, 1894, tomo I, pág.

626 y *Manuel de Medecine de Debove et Achard*, tomo III, pág. 695). Entre nosotros creemos que solo existen dos trabajos, el uno del Dr. Bianchi (*Dos casos de miopatia progresiva primitiva*, 1894) y el otro, una leccion clínica del profesor Dr. Abel Ayerza (ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO, Octubre, 1894).

Las formas con que se presenta esta afeccion primitiva de los músculos estriados son relativamente numerosas, y á pesar de la buena voluntad de los que han querido reducirlas á tres tipos principales, éstos se han multiplicado y se multiplicarán al infinito para gloria de sus autores, que pasarán, sin duda, á la posteridad en detrimento de la ciencia y de aquellos que tienen que estudiarlos y tenerlos bien presentes para poder hacer un diagnóstico intachable. Siete son los diversos tipos descriptos hasta ahora, sin contar las formas híbridas, y tenemos así:

I. Tipo Landouzy-Dejerine ó facio escápulo-humeral.

II. Forma juvenil de Erb ó tipo escápulo-humeral.

III. Tipo de Duchenne de Boulogne ó forma seudo-hipertrófica.

IV. Tipo escápulo-humeral de Zimmerlin.

V. Tipo de Leyden-Möbius.

VI. Tipo fémoro-tibial de Eichhorst.

VII. Tipo de Charcot-Marie.

Este último tipo, que por sus síntomas parece pertenecer al grupo de las *atrofias mielopáticas* y por su etiología á las *atrofias miopáticas*, es considerado hoy por la mayoria de los autores como una *neuritis periférica*, despues del importante trabajo de Hoffmann (*Arch. fur. Psych.*, 1889, XX, h. 3, pág. 660) que ha sostenido esta idea y que no hace mucho ha vuelto á insistir publicando cierto número de observaciones muy completas (véase, *Deutsche Zeitsclr f. Newenheilk*, Mayo, 1893.

Recientemente Hirtz (*Semaine Medicale*, 1894, pág. 422) ha publicado un interesante caso que denomina *atrofia muscular mixta*, y que presenta algunos síntomas de las atrofias de orígen espinal y otros de la miopatia primitiva, pero que, á pesar de estos caracteres comunes con el tipo Charcot-Marie, difiere de él por su evolucion y por la ausencia de contracciones fibrilares, de calambres, de perturbaciones vaso-motores y por la reparticion de la atrofia que respeta los músculos de las eminencias tenar, el hipotenar y los interóseos.

Pero aun separando estos dos tipos de transicion, como le llaman sus autores, nos quedan seis, sin contar que pueden aparecer otros, como sucede con un caso que hemos tenido ocasion de observar, caso cuyos caracteres no nos han permitido colocarlo en ninguno de los tipos descriptos hasta ahora, como se verá leyendo atentamente la observacion detallada que publicamos más adelante.

Desde que, como lo hace observar muy bien Charcot (*Progrès Medicale*, Marzo, 1885, pág. 180) que todos estos tipos pertenecen á la misma familia nosológica, que no son sinó variedades de una misma afeccion, la *miopatia progresiva primitiva*, creemos que es necesario reaccionar y suprimir de una vez por todas la clasificacion en tipos diversos que se ha hecho, porque es, no solo prematura, como lo dice el profesor Ayerza, sino tambien absurda, imposible y perfectamente inútil, y que es preciso reemplazarla por una descripcion general que permita así simplificar este estudio y ponerlo al alcance de todos los prácticos, lo que trataremos de hacer en un trabajo más completo que el actual, que pensamos publicar.

Si todavia esta division en tipos no bien caracterizados, nos permitiera hacer para cada uno un tratamiento que nos diera algun resultado, vaya y pase su estudio, por confuso y laborioso que fuese; pero, desgraciadamente sabemos que con la electroterapia, la masoterapia, la ideoterapia, etc., conseguimos muy poco, por no decir nada, y solo empleamos estos medios de una manera empírica y para consuelo moral de esos infelices enfermos!...

***

Margarita X., argentina, hija de italianos, de 14 años de edad, no púber, ha presentado desde los tres años perturbaciones de la marcha que llamaron la atencion de sus padres. Sus abuelos, que *solo ha tenido tres, pues sus padres son hijos de la misma madre* han sido robustos, viviendo todavia el abuelo materno que cuenta actualmente 70 años; su *abuela única* murió á los 72 años de una afeccion del corazon. Su padre tiene actualmente 43 años, ha sido siempre sano, excepto hace un año que tuvo melancolia sub-aguda, de la que curó completamente despues de seis meses de tratamiento; á pesar de ser almacenero, no tiene alcoholismo, ni ha tenido sífilis. La

madre tiene actualmente 38 años, padece de litiasis biliar, es muy nerviosa y tiene una luxacion congénita de la articulacion coxo-femoral derecha. Cinco son sus hermanos, todos menores que ella, cuatro mujeres sanas y un varon de 7 años que sin presentar nada de bien definido y que pueda describirse, se nota en su marcha y cuando está de pié, algo extraño que nos induce á suponer que va á seguir el camino de su hermana mayor, como la madre misma lo prevé. Ninguno de sus parientes colaterales presenta atrofias ó parálisis, segun manifestacion de sus padres.

Margarita nació á término y en un parto un poco prolongado por resistencia del periné, pero absolutamente normal; comenzó á dar sus primeros pasos al año y dos meses y la denticion se hizo tarde, pero rápidamente á los quince meses. Sarampion benigno á los 4 años y coqueluche á los 5, durando esta última, unos seis meses poco más ó menos.

Desde los tres años la madre notó que la niñita era poco amiga de correr y jugar con los niños de su edad, y le llamaba la atencion, haciéndole gracia, el que Margarita se parara con las piernas muy abiertas, proyectara su abdómen hácia adelante y colocara las manos en la region lumbar. Dos años despues fué enviada al colegio y la niña se quejaba á la madre de que sus compañeras le hacian mucha burla porque jugando se caia á cada instante. Al principio la madre no hizo caso y creyendo que eran *mañas* para no ir á la escuela, hasta que un buen dia la niña se reveló sériamente y no quiso ir más.

Entonces, una mañana, la madre resolvió llevarla ella misma, á la escuela en un carruaje, y cuando llegó el momento de subir al vehículo, vió que la niña no podia levantar la pierna para colocarla en el estribo y tuvo que alzarla; no hizo mucho caso de este incidente, atribuyéndolo siempre á mala voluntad de ir al colegio y las cosas siguieron así por algun tiempo. Pero á los seis ó siete años de edad notó la madre que Margarita cada dia caminaba con mayor dificultad, que cuando se caia no podia levantarse sin la ayuda de otra persona y que al sentarse lo hacia de una manera muy particular, echando el tronco hácia adelante y dejando caer su cuerpo de golpe sobre la silla; una vez sentada tenia que emplear sus manos para levantarse.

Alarmada con este estado consultó á uno de los médicos

más distinguidos del pueblo de la campaña donde residian entonces, el que le dijo que se trataba de una enfermedad de la médula, espinal y la sometió á un tratamiento que consistia en puntas de fuego sobre el trayecto de la columna vertebral y en aplicaciones eléctricas. Algunos meses más tarde y viendo que la niña no mejoraba, el médico aconsejó que la llevaran á Buenos Aires para hacerla ver con un especialista en enfermedades nerviosas, y así se hizo. La examinó el especialista cuyo diagnóstico la madre no recuerda y le recomendó gimnasia en el Instituto que en aquella época habia en la calle General Lavalle.

Fué vista despues por gran número de médicos cuyos diagnósticos constituirian toda la patologia, variando desde el de *histeria* hasta el de *debilidad*, y le fueron aplicados diversos tratamientos, algunos de éstos muy curiosos, como por ejemplo, que caminara cuatro horas por dia con los piés desnudos sobre un lecho de arena calentada al sol: el colega autor de este ingenioso procedimiento ha muerto.

Viendo que la niña seguia cada vez peor, los padres creyeron que del otro lado del océano, encontrarian seguramente quien la sanara, y se decidieron á emprender viaje á Italia y recorrieron varias ciudades consultando á diversos colegas, llegando por fin á Milan, donde un profesor les dijo que Margarita no curaria nunca y que muy pronto se le pondrian las «pantorrillas muy gordas». En vista de esto y perdiendo ya toda esperanza, los padres regresaron á esta capital y no hicieron ver mas á la enfermita por ningún médico, hasta hace unos diez meses que fuimos llamados para asistirla de una ligera bronquitis.

A los diez años de edad no podia desnudarse ni vestirse sola, y fué entonces que la madre se apercibió que los brazos de la niña se ponian cada dia mas delgados y que las «paletas» se separaban del cuerpo; consultó á un ortopédico, que le colocó un corsé de fierro que descansa sobre las caderas y se extiende hasta las axilas.

El estado actual de Margarita es el siguiente:

La *cara* no presenta nada de anormal; el juego de los glóbulos oculares es perfecto, estando los músculos rectos y oblícuos intactos, lo mismo que el orbicular de los párpados; las pupilas un poco dilatadas, pero reaccionan perfectamente; la oclusion de la boca es completa y los actos de silbar, so-

plar y pronunciacion de labiales, se ejecutan sin inconveniente. La fisonomia tiene un aspecto triste, pero bien sea en el estado de reposo como en el de actividad, no presenta el *facies miopático* descrito por Landouzy. Hay simetria perfecta de la cara, así como tambien de las orejas; la bóveda palatina es normal.

El *cuello* no ofrece nada de particular; sus músculos no están atrofiados.

La configuracion del *tórax* es normal, siendo sus diámetros: el superior, de 0m.70; el medio, de 0m.68; el inferior, de 0m.64. Los músculos intercostales parecen normales; en cambio, los pectorales completamente atrofiados. No presenta depresion external y el apéndice xifoides está en la línea media.

Estando la enferma de pié ó caminando, se constata una depresion, poco pronunciada, en las regiones lumbar y dorsal inferior de la columna vertebral, como tambien se ven los bordes internos y el ángulo inferior de los omóplatos separados unos dos ó tres centímetros de las paredes del tórax.

En los *dos miembros superiores* notamos que los músculos del hombro como el del deltoides está atrofiado, pero no se nota depresion en las fosas supra é infra-espinosa. El *brazo* está atrofiado, siendo su circunferencia en su parte media de 20 centímetros, tanto al estado de reposo como al de contraccion. Los músculos del *antebrazo* parecen estar atrofiados todos, pero mucho menos que los del brazo, siendo su circunferencia en el tercio superior de 22 centímetros. La mano es normal, las eminencias tenar é hipotenar, así como los músculos inter-óseos, no están atrofiados. Las articulaciones todas funcionan perfectamente: todos los movimientos se ejecutan sin dificultad, pero con pereza y sobre todo sin fuerza ni resistencia en los que son antagonistas. Debemos hacer notar la perfecta igualdad de aspecto y lesiones en los dos miembros superiores: no hay ninguna diferencia entre un miembro y otro bajo ningun punto de vista que se les considere. La enfermedad ha seguido pues una marcha uniforme y pareja en los dos miembros superiores, y como veremos en seguida, idéntica cosa ha pasado en los inferiores.

Los músculos de la *pared abdominal* anterior, si bien ésta á la simple inspeccion parece normal, deben estar atrofiados, y si es posible admitir que el grande y pequeño oblicuo, el

transverso y tal vez el piramidal estén intactos, no sucede lo mismo con los rectos cuya accion fisiológica está abolida, pues si el enfermo está en posicion decúbito-dorsal no puede levantar su tronco. Los músculos de la region *lumbo-ilíaca*, por lo menos el soas mayor y el ilíaco, que son los dos que nos interesan en este momento, se conservan normales, puesto que la flexion del muslo sobre la pelvis se hace perfectamente cuando la enferma está en decúbito-dorsal.

En la *pelvis*, los glúteos no están atrofiados, porque si así fuere resultaria que los muslos estarian en semi-flexion cuando el tronco descansara sobre la linea horizontal por la accion del soas y del ilíaco sus antagonistas, lo que no sucede; y otra prueba más de la perfecta conservacion de los glúteos, es que si ponemos los muslos en extension completa no se forma *ensellure* en la region lumbar. Las dos regiones glúteas tienen un aspecto normal y su volúmen es proporcionado á la edad de la enferma.

Los *muslos* tienen en su parte media una circunferencia de 40 centímetros y no parecen atrofiados. Los músculos de las regiones crural posterior (bicep femoral, semi-tendinoso, semi-membranoso), crural interno (pectineo y 1º, 2º, y 3er adductor) y crural ántero-externo (sartorio y tensor de la fascia lata) parecen estar intactos, puesto que su accion principal, que consiste en la flexion de la pierna sobre el muslo, se hace sin dificultad; en cambio el triceps crural está completamente atrofiado, siendo absolutamente imposible la extension de la pierna sobre el muslo.

Las *rodillas* no ofrecen nada de particular. Las *piernas* parecen á la simple inspeccion perfectamente normales, siendo su circunferencia al nivel de la pantorrilla de 30 centímetros, dimension natural en una pierna bien constituida. Sin embargo, si la inspeccion nos da este resultado, el exámen de los movimientos del pié con respecto á la pierna, nos demuestra que la mayor parte de los músculos de esta última no son normales. Predomina la accion de los extensores sobre los flexores, lo que hace suponer que el extensor comun de los dedos, el tibial anterior, el peroneo anterior deben estar algo atrofiados. Estando el borde interno del pié mas elevado que el externo, nos hace prever que los peroneos laterales que tienen por accion principal bajar el borde interno, tambien están atacados.

Todas las articulaciones del miembro inferior son normales, siendo posibles todos los movimientos provocados.

El estado general de la enferma es bueno, todas las funciones de la vida vegetativa, respiracion, circulacion, digestion, etc., se cumplen perfectamente, así como tambien las sensoriales y las de la inteligencia. Los reflejos palpebral, faríngeo y pupilar, bien (este último un poco perezoso); el rotuliano y el cubital, abolidos. No hay trepidacion epileptoidea.

La sensibilidad al dolor, al tacto y á la temperatura, es perfectamente normal en todas las regiones del cuerpo.

No hemos podido constatar en ningun músculo *contracciones fibrilares*.

Hemos examinado el estado eléctrico de los músculos y nº hemos podido constatar en ninguno de ellos lo que los autores llaman *reaccion de degenerescencia*. Las corrientes interrumpidas ó farádicas hacen contraer más ó menos débilmente todos los músculos atacados de atrofia, y esta mayor ó menor debilidad está en relacion con el estado patológico del músculo; así, por ejemplo, para los músculos, deltoides, pectorales, bicep braquial, granserrato, tricep femoral, los rectos del abdómen, la irritabilidad farádica está mucho más disminuida que en el braquial anterior, el coraco braquial, el tricep braquial, los músculos del antebrazo y los flexores del pié, etc., pero existe en todos. Con las corrientes contínuas ó galvánicas nos ha pasado lo mismo. Hay, pues, solo diferencias *cuantitativas* y no *cualitativas* respecto á la irritabilidad eléctrica.

Colocada la enferma en decúbito dorsal, no puede levantar su tronco ni sentarse sin la ayuda de otra persona que tomándola de los brazos la levante; puede sí, ayudándose con las manos, colocarse por sí misma en decúbito lateral derecho ó izquierdo. Pone perfectamente el muslo en flexion sobre la pelvis, y la pierna sobre el muslo, pero le es completamente imposible levantar todo el miembro inferior ó la pierna sola. Una vez que ha puesto la pierna en flexion, no puede colocarla en extension, sinó muy lentamente, haciendo resbalar el pié poco á poco sobre el plano horizontal del lecho y ayudándose de los dedos, que hacen funcion de ganchos para hacer progresar el pié y dejar entonces la pierna en extension. Sentada en la cama, no puede ponerse horizontalmente sinó ayudándose con uno de los brazos y colocándose primero en decúbito lateral por una especie de movimiento de torcion

del tronco y despues por medio del brazo y mano del otro lado se pone en decúbito dorsal completo.

De pié se mantiene en equilibrio gracias á la colocacion de sus piés que están muy separados uno de otro, y se nota entonces una pequeña *ensellure* en las regiones lumbar y dorsal inferior, de manera que la parte superior del tronco se incline hacia atrás, así como tambien un poco la cabeza, tomando la *postura de tenor*.

La marcha es idéntica á la de los sujetos que tienen una luxacion doble y congénita de la articulacion coxo-femoral. Al caminar lo hace muy lentamente y tomando un punto de apoyo con una de sus manos en los muebles ó en las paredes ó sinó es necesario que una persona la tome del brazo.

Cosa á notar, y es que la marcha le es más fácil cuando ella misma se ayuda tomando un punto de apoyo en los muebles ó paredes que cuando una persona le dá el brazo. El pié se asienta bien en el suelo, tanto durante la marcha como cuando está parada. No puede, naturalmente, no solo no subir escaleras, sinó el más pequeño umbral.

El acto de sentarse en una silla lo hace inclinando el tronco hácia adelante y dejando caer su cuerpo de golpe; una vez sentada le es imposible levantarse sin el concurso de otra persona, ó sinó ayudándose con sus manos que tiene que colocar sobre algo que esté más alto que su tronco, como quien se suspende para subir por una escalera ó una soga.

Si se inclina para tomar algo del suelo, lo hace apoyando una de sus manos sobre el muslo, y una vez en esta posicion ya no puede enderezarse. Imposible la posicion de rodillas, ni la genu-pectoral

*
**

Si hacemos un resúmen de la observacion, veremos que lo que caracteriza á nuestra enferma es la impotencia muscular; ésta ha comenzado á evolucionar á los tres años, tal vez antes al dar la niña sus primeros pasos, pasando durante ese tiempo desapercibida de sus padres.

Parece haber comenzado en los miembros inferiores, despues en los músculos del tronco, extendiéndose y generalizándose más tarde á la de los miembros superiores, pero dejando intactos los de la cara y cuello y los de las manos.

Lo que tambien llama la atencion es la simetria é igualdad perfecta de las lesiones en los dos lados del cuerpo, estando la atrofia uniformemente repartida en los mismos músculos y en el mismo grado en las partes simétricas del cuerpo; no hay diferencia ninguna, por ejemplo, entre el miembro superior derecho y el izquierdo, pasando idéntica cosa con los miembros inferiores. Es necesario no olvidar que recien á los 10 años de edad ha comenzado la enfermedad á posesionarse de los miembros superiores. Esta impotencia muscular, que permite todos los movimientos provocados, nos asegura la integridad perfecta de las articulaciones. Dato importante: no se han observado nunca *contracciones fibrilares*, ni se constata en los músculos atrofiados la *reaccion de degenerescencia*. No hay tampoco *griffe*, ni en la mano ni en el pié.

En sus antecedentes hereditarios solo tenemos que señalar el hecho de que sus padres son hijos de la misma madre. Sus hermanos todos, excepto *uno*, no presentan nada de anormal, pero no podemos tampoco quitar el carácter familiar de la enfermedad desde que ese *uno* y *único*, si bien actualmente no se puede asegurar que es miopático, sin embargo, es posible afirmar que es un candidato seguro á la miopatia, pues como lo hemos hecho notar más arriba, ofrece en su marcha y en su actitud bípeda, algo particular que á nosotros y á la misma madre, que ha visto evolucionar la enfermedad de nuestra enferma, hace prever que pronto seguirá la triste suerte de la hermana mayor. Además, los otros hermanos son todos menores que ella, variando la edad de 4 á 12 años, y no sabemos cuál será su porvenir, y no seria tal vez muy aventurado suponer que á alguno de ellos le toque este lamentable legado de la naturaleza.

*
* *

En vista de estos hechos, ¿cuál es la afeccion que aqueja á nuestra enferma? Que se trata de un caso de atrofia muscular progresiva, no hay duda alguna, es un diagnóstico que se impone por sí solo como un axioma y no necesita discusion; pero ¿á qué grupo de atrofias musculares progresivas pertenece? La anatomia patológica y la clínica han clasificado las atrofias musculares progresivas en tres grandes grupos, que son:

1º. Atrofias *mielopáticas* en las cuales la lesion primitiva está en la médula espinal.

2º. Atrofias *miopáticas* en las que la alteracion patológica tiene su orígen en los músculos mismos, no tomando la médula parte alguna en el proceso.

3º. Atrofias *neuríticas* en las que la lesion está primitivamente en los nervios periféricos.

A estos tres grupos podríamos agregar otro, el de las *atrofias musculares mixtas* de Hirtz (*Semaine Medicale*, 1894, núm. 53) término medio segun su autor, entre las atrofias mielopáticas y las miopáticas, pero que no hacemos sino mencionarlas, pues solo se ha descrito un caso y además porque nos parece que entra perfectamente en las atrofias miopáticas y en el tipo juvenil de Erb, al cual es idéntico, salvo en un solo carácter que ha sido la constatacion de la *reaccion de degenerescencia*, lo que no basta sin embargo para separarlo de estas miopatias desde que Bedard y Remond (*Archives de Médecine*, Julio 1891) citados por Grasset y Rauzier (op. cit., tomo I, pág. 627) la han señalado en un caso clásico de atrofia seudo-hipertrófica de Duchenne de Boulogne.

1º. Al primer grupo pertenecen: (a) la *atrofia muscular progresiva mielopática de Aran-Duchenne*, caracterizada anátomo-patológicamente hablando por una inflamacion crónica de la substancia gris de las hastas anteriores de la médula. «Ella interesa necesariamente las grandes células motrices que lentamente y una por una se alteran, se atrofian y desaparecen en gran cantidad en los segmentos de la médula correspondientes á los territorios musculares atrofiados. Es, en una palabra, una *poliomelitis anterior crónica* que tiene por carácter principal, la gran lentitud de su evolucion.» (*Dutil, in Manuel de Medecine de Debove y Achard*, Paris, 1894, tomo III, pág. 690). Clínicamente esta afeccion se caracteriza por una atrofia que comienza en los músculos de la mano (rara vez por los miembros inferiores (?)) propagándose en seguida á los demás músculos del miembro superior. Los músculos primeramente atacados son los de eminencia tenar, en seguida los de la hipotenar y despues los interóseos, dando por resultado la deformacion de la mano en *griffe*. Se presenta siempre como un caso aislado en una familia, no es hereditaria y se observa generalmente en los hombres y ya á cierta edad de la vida, de los 30 á los 50 años. En los músculos

enfermos se constatan la *reaccion de degenerescencia* y las *contracciones fibrilares*. Hay además perturbaciones de la sensibilidad, que consisten en dolores, calambres, hormigueo y tambien perturbaciones tróficas cutáneas.

(b) Las *atrofias musculares progresivas espinales deuteropáticas*, en que la lesion de las células de los cuernos anteriores es secundaria de lesion de otro punto de la médula; hay así un gran número de atrofias musculares secundarias que acompañan á las diversas enfermedades de la médula, como por ejemplo la ataxia, la esclerosis descendente, la siringomielia, etc. etc. Estas atrofias secundarias no nos interesan por el momento.

2º. El segundo grupo, es decir, las *miopatias progresivas primitivas* en las que la anatomia patológica nos demuestra que la lesion está localizada en los músculos mismos sin alteraciones nerviosas concomitantes; estas miopatias nacen, se desarrollan y mueren sin neuropatia (Landouzy y Dejerine). Los músculos presentan siempre una coloracion pálida, siendo su consistencia dura y fibrosa en los casos de atrofia simple y blanda, cuando los invade la seudo-hipertrofia. El microscopio nos demuestra que son los tejidos conjuntivo, intra-muscular y el del músculo mismo que están alterados, caracterizándose el primero por una neo-formacion de este mismo tejido, seguida á veces mas tarde por una infiltracion grasosa, y el segundo por una atrofia simple en la que las fibras disminuyen de volúmen primero para desaparecer luego completamente, dejando vacia la vaina del sarcolema; no pierden su aspecto estriado. «Se constata que al nivel del punto en que la fibra muscular se continúa con el tendon, hay desaparicion de la extremidad muscular y crecimiento de la parte tendinosa; en la extremidad de la fibra se encuentra un número variable de células embrionarias. La atrofia muscular se hace á lo largo, y se puede decir que este crecimiento sucesivo del tendon á expensas de la fibra muscular, constituye la lesion característica de las miopatias progresivas.» (*Roth*, *Société de Biologie*, 11 Setiembre de 1886.)

Clínicamente, las miopatias progresivas se caracterizan por la impotencia muscular debidas á la atrofia de los músculos del cuerpo, atrofia que parece comenzar, segun la variedad con que esta enfermedad se presenta, por los miembros superiores, por los inferiores, por el tronco, por la cara, exten.

diéndose de una región progresivamente á la otra, pero dejando intactos los pequeños músculos de las manos, lo que no se deforma nunca; sin embargo, el Dr. señora Sacara Tulbure de Rumania, que ha publicado un notable trabajo, *La parálisis seudo-hipertrófica* de Duchenne (*Revue de Médecine*, núm. 4 y 6, Abril y Junio de 1894) sostiene que los pequeños músculos de la mano se atrofian tambien, y se expresa en los términos siguientes: «Se ha dicho que en esta afeccion los músculos de la mano son respetados. (Charcot, *Revue nosographique des atrophies progre.* in *Progrès Médical*, 1885.) Sin embargo, no sucede siempre así, y cuando la enfermedad ha llegado á un período muy avanzado, estos músculos pueden estar atacados. En tres de mis enfermos la atrofia de los músculos de la mano era manifiesta, en uno la oposicion de los dedos extremos se hacia con gran dificultad. Esta atrofia se oculta algunas veces por una mayor cantidad de tejido adiposo. Casi todos presentan una deformacion particular de la mano. Esta estaba desviada lateralmente del lado cubital, la cara dorsal formando bóveda y la palma excavada en forma de cuchara; las primeras falanges flexionadas en extension, no pudiendo ser nunca completa activamente, mientras que las dos últimas estaban á menudo en extension exagerada. Esta actitud de la mano, que no he visto mencionada en ninguna publicacion, está en parte bajo la dependencia de la influencia de los músculos del antebrazo estensores, de la mano y de las primeras falanges.» (Op. cit., núm. 4, pág. 275).

Segun el tipo debuta á diversa edad de la vida, pero no pasando generalmente los 20 años; es familiar, pudiendo ser hereditaria como en el caso del doctor Bianchi, en el que el padre del enfermo presenta una atrofia bien marcada de los músculos de la cintura escapular, con la particularidad de haberse localizado al hombro izquierdo sin difundirse á otras regiones, como sucede siempre, lo que haria dudar de que fuese realmente una miopatia progresiva, sino fuesen otros caracteres que no dejan subsistir duda alguna. (*Dos casos de miopatia progresiva primitiva*, Buenos Aires, 1894, pág. 14). Uno de los caracteres importantes de estas miopatias primitivas y que no ayudándose de la anatomia patológica, permiten hacer el diagnóstico diferencial con las atrofias mielopáticas, es la ausencia de *contracciones fibrilares* y de la *reaccion de degenerescencia*. Sin embargo, es necesario tener

bien presente, que Spillmann y Haushalter (*Revue de Medecine*, Junio 1890) han constatado las contracciones fibrilares en dos casos clásicos y que por otra parte Bedard y Remond (*Archives Générales de Medecine*, Julio 1891) han señalado la reaccion de degenerescencia en un seudo-hipertrófico.

Si bien se han descrito hasta ahora seis formas, sin contar las híbridas, los clásicos las han reducido á tres tipos fundamentales englobando las demás bajo el nombre de *formas anormales* (*Manuel de Medecine,* Paris 1894, tomo III, pág. 695 á 710) ó fundiéndolas en dichos tres tipos (*Traité pratique des maladies du système nerveux*, por *Grasset* y *Rauzier*, tomo I, pág. 604 á 692) y limitándose á mencionarlas por el solo interés histórico, pues su descripcion ha precedido á la de los tres tipos siguientes « universalmente admitidos hoy ».

Estos mismos autores no se atreven á separar definitivamente el tipo Charcot-Marie de las miopatias primitivas, dejándolo como intermediario entre éstas y las atrofias mielopáticas, pues creen con Raymond (*Traité des atrophies musculaires et maladies amyotrophiques*, Paris 1889) que es necesario obrar con mucha prudencia antes de admitir la naturaleza miopática ó mielopática de este tipo. Sin embargo, creemos que esta discusion es actualmente supérflua desde que los importantes trabajos de Hoffmann han probado que el tipo Charcot Marie, pertenece á las neuritis periféricas, sin contar que Déjerine y Sottas (*Société de Biologie*, 18 Marzo 1893), han descripto un caso casi idéntico con el nombre de *neuritis intertitielle hypertrophique et progressive de l'enfance.*

Siguiendo, pues, el ejemplo de los clásicos, nos limitaremos á describir ligeramente los tres tipos fundamentales, sin dejar sin embargo, de agregar un cuarto grupo que llamaremos *formas híbridas*, porque en un mismo individuo se asocian uno con otro estos tres tipos fundamentales siguientes:

I. Tipo Landouzy Déjerine, ó facio-escápulo-humeral. En este tipo la lesion comienza por los músculos de la cara, siendo el arbicular de los lábios el primero que se atrofia, tomando la fisonomia un aspecto especial caracteristico llamado *facies miopática.* Los actos de silbar, soplar, etc., no pueden efectuarse, ni la boca cerrarse de una manera completa; lo mismo pasa con los párpados, de manera que el enfermo duerme con los ojos entreabiertos. Despues de los músculos de la cara son los de los miembros superiores que se atrofian, progre-

sando la lesion de la raiz hácia la periferia del miembro; comienza por el trapesio, romboideo, pectoral mayor y menor, deltoides, biceps, braquial anterior, coraco braquial triceps, pasando mas tarde á algunos músculos del antebrazo (largo supinador y radiales), pero dejando perfectamente intactos los de la mano, excepto en muy raros casos en que el corto abductor del pulgar y los interóseos se atrofian, pero no produciendo en la mano, la *garra* del tipo Aran-Duchenne de las atrofias mielopáticas. La atrofia sigue su marcha progresiva hasta invadir algunos músculos de los miembros inferiores, cuello, tronco, pero no atacando jamás los de los aparatos especiales como lengua, faringe, laringe, oculares, etc.

II. Forma juvenil de Erb, ó tipo escápulo-humeral. Este tipo es muy parecido al anterior, diferenciándose sin embargo, principalmente en que la cara no toma participacion alguna en la atrofia, y hay por consiguiente ausencia de *facies miopáticas*. En este tipo la atrofia comienza por la cintura escapular y son los músculos deltoides redondos, espinosos y triceps, que son primeramente atacados. Despues la atrofia sigue su marcha y paso á paso va invadiendo los demás músculos del miembro superior, inferior y del tronco. Una vez generalizada la atrofia, son los músculos de la cintura pelviana y los de la masa sacro-lumbar que mas sufren, trayendo por consecuencia la marcha de *sapo* y ese modo particular de levantarse que Erb ha sintetizado con la frase de *grimper le long de ses jambes*. En esta forma se nota la seudo-hipertrofia, lo que no pasa con el tipo Landouzy, y debuta generalmente en la adolescencia alrededor de los veinte años. Entre estos dos tipos hay mucha analogia, sobre todo por la «invasion idéntica de la cintura escapular», pero se diferencian en que el tipo Landouzy es siempre atrófico, los músculos de la cara se atrofian (facies miopática) y el debut es en la segunda infancia.

III. Tipo seudo-hipertrófico de Duchenne. Este tipo cuyo autor lo describió entre las atrofias mielopáticas, debuta en la primera infancia y por los miembros inferiores. Está caracterizado clínicamente por «un aumento de volúmen de las masas musculares de ciertas regiones y por un estado de paresia de los mismos músculos; de ahí el nombre de parálisis seudo-hipertrófica dado á esta afeccion. Se trata en realidad de una forma de miopatia atrofiante progresiva, en la cual la

atrofia de la substancia contractil está casi siempre *masquée*, en su principio por lo menos, por una produccion exuberante de grasa y de tejido conjuntivo en los intersticios de las fibras musculares».

Esta enfermedad es más comun en el sexo masculino y comienza á manifestarse en los primeros años de la vida, antes de los 10 años, invadiendo en primer término los músculos de la pantorrilla que en lugar de aparecer atrofiados están aumentados de volúmen, constituyendo las «piernas de coloso». En seguida la atrofia invade los glúteos y se generaliza despues á los demás músculos del tronco, de los miembros y de la cara y aun los de ciertos órganos como la laringe. Segun mad. Sacara-Tulbure (op. cit., pág. 277) «no hay ningun músculo voluntario que no pueda ser atacado en un momento dado de la enfermedad, y si se hiciera un exámen microscópico minucioso en los casos mortales, se probaria fácilmente las alteraciones histológicas de todos ellos.»

A medida que los músculos seudo-hipertrofiados aumentan de volúmen, la paresia se hace mayor y la impotencia muscular sigue una marcha progresiva hasta que llega un momento en el cual el enfermo ni siquiera puede mantenerse de pié. En este tipo se observa tambien, como en los dos anteriores, la *ensellure* dorso lumbar atribuida por Duchenne á la debilidad de los músculos exteriores del tronco, pero que Raymond cree que es debido á que estos enfermos tratan, estando de pié, de trasladar el centro de gravedad de atrás hácia adelante, mientras que mad. Sacara-Tulbure piensa que la lordosis en la parálisis seudo-hipertrófica, está bajo la dependencia de la debilidad de los glúteos (véase op. cit., núm. 6, pág. 497).

IV. Formas híbridas. En este grupo hacemos entrar todas aquellas formas que presentan asociados los caracteres de dos de los tipos descritos; así por ejemplo, un individuo puede estar atacado de la forma juvenil de Erb y tener algunos síntomas del tipo Landouzy-Dejerine ó de la seudo-hipertrofia de Duchenne. Uno de los casos mencionados por el Dr. Bianchi en su folleto ya citado, ofrece caracteres del tipo Landouzy Dejerine y de la forma seudo-hipertrófica de Duchenne.

En cuanto á los otros tipos descritos, es decir, el fémoro tibial de Eichhorts, el escápulo-humeral de Zimmerlin y el de Leyden-Möbius, no ofrecen casi diferencia alguna con los

tres tipos clásicos admitidos hoy, y esta cuestion de miopatias es ya por sí sola demasiado confusa para permitir la descripcion y admision de mas tipos cuyos caracteres no permiten de ninguna manera separarlos de los anteriores. En efecto, el tipo fémoro-tibial de Eichhorst, debuta por los miembros inferiores invadiendo progresivamente el tronco y los miembros superiores, y se caracteriza en su principio por la imposibilidad de extender la pierna sobre el muslo y sobre todo por la *garra* plantar (Brossard, *Tesis de Paris, 1886*). Puede ó no acompañarse de seudo-hipertrofia. Como se vé, este tipo puede perfectamente entrar en la forma de Duchenne, de la que solo se diferencia por la *garra* plantar, por la que no debuta la parálisis seudo-hipertrófica, pero que seguramente en un estado avanzado de la enfermedad debe tambien presentarse.

En cuanto al tipo Zimmerlin (*Zeits. f. Kl. Med.*, tomo VII, fasc. 1, 1883, citado por Garret y Rauzier) se manifiesta en la pubertad, comenzando la atrofia por la cintura escapular, progresando lentamente de arriba abajo, y solo se diferencia de la forma juvenil de Erb, por la ausencia de lipomatosis secundaria.

Respecto al tipo de Leyden-Möbius, que es primer caso que como miopatia se haya descrito, se confunde con la parálisis seudo-hipertrófica de Duchenne, pues está caracterizado por una atrofia que debuta en la infancia por los músculos de la pantorrilla y que se complica á menudo al seudo-hipertrofia (Grasset y Rauzier, op. cit., pág. 638).

3º. Al tercer grupo de las atrofias musculares, es decir, á los neuriticos pertenecen las *neuritis periféricas*, de las que se han descrito el tipo *Charcot-Marie*, la *neuritis ascendente de Hoffmann* y la *neuritis intersticial hipertrófica y progresiva* de Déjerine y Sottas.

El tipo Charcot-Marie, que fué colocado primero en el grupo de las atrofias miopáticas, luego como tipo de transicion entre éstas y las mielopáticas y que hoy es considerado como una neuritis periférica (Hoffmann, *Arch. f. Psych.*, 1889 XX, *Helf 3*, pág. 660) es una enfermedad familiar y hereditaria que debuta en el niño generalmente (á veces en el adolescente) por los piés, le invade sucesivamente las piernas, las manos, los antebrazos, provocando la *garra* del tipo Aran Duchenne, y solo tardiamente ataca la raiz de los miem-

bros haciendo «un contraste singular entre la proporcion del cuerpo, de la raiz de los miembros y de las extremidades, de manera que se ha podido decir (Eulenburg) que los músculos del muslo están hipertrofiados, lo que no creemos exacto» (Charcot-Marie, *Revue de Medecine*, Febrero 1886). Parece que los músculos del tronco y de la cara son respetados por la atrofia.

En los puntos invadidos por la enfermedad se constatan las contracciones fibrilares, la reaccion de degenerescencia, los calambres dolorosos y en cuanto á los reflejos tendinosos, pueden ser normales ó debilitados proporcionalmente al grado de atrofia de los músculos correspondientes á los tendones percutidos. Se observa perturbaciones vaso-motoras y la sensibilidad puede en algunos casos ser normal y en otros constatarse termo-anestesia, hiperestesia, hormigueo, etc., etc.

Las *neuritis ascendentes* de Hoffmann (*Deutsche Zeitsel. f. Nervenheilk*, Mayo 1893) ó *variedad neurótica* de Dutil (*Manuel de Médecine de Debove* y *Achard*, tomo III, pág. 709) es una nueva forma de atrofia muscular de carácter familial, que se desarrolla en la primera infancia debutando por los miembros inferiores (músculos estensores), invadiendo los músculos lumbares, los de los miembros superiores y los del cuello y acompañándose de reaccion de degenerescencia.

La *neuritis intersticial hipertrófica y progresiva de la infancia* de Déjerine y Sottas (Société de Biologie, Mayo 18 de 1893) es una afeccion que se asemeja notablemente por la evolucion de la atrofia y por su carácter familiar al tipo Charcot-Marie anteriormente descrito, pero que se diferencia por la coexistencia de una incoordinacion motriz, por la presencia del signo de Argyll-Robertson, por ciertas perturbaciones sensitivas (dolores fulgurantes, cifo-escoliosis, nistagmus, etc.), en fin, por un conjunto de síntomas que han permitido á Gombavel y Mallet considerarla como tabes infantil. (Grasset y Rauzier, ob. cit. pág. 640). Se ha constatado en esta afeccion un estado hipertrófico considerable en los troncos nerviosos periféricos.

Como se vé, esta cuestion de neuritis periféricas está todavia en embrion y se necesita mayores estudios antes de poder formarse una opinion y sacar conclusiones que tengan una base sólida.

*
**

Ahora que hemos pasado rápidamente en revista las atrofias musculares progresivas, tenemos los elementos necesarios para hacer un diagnóstico lo más exacto que nos sea posible en el caso que ha dado orígen á este trabajo.

El caso de Margarita X, no entra en las atrofias mielopáticas, pues no se ha observado en ningun momento contracciones fibrilares ni reaccion de degenerescencia. Además, los músculos de la mano han sido respetados y la atrofia ha marchado de la raiz de los miembros hácia las extremidades. No presenta la *garra* del tipo Aran-Duchenne, y la evolucion de la enfermedad lo separa completamente de esta última afeccion.

Tampoco podemos pensar en una neuritis periférica, pues ninguno de los síntomas que mas arriba hemos descrito como característicos de estas afecciones, se encuentran en nuestra enferma. No presenta perturbaciones sensitivas, ni vaso-motoras de ninguna especie. Además, las extremidades han sido respetadas por la atrofia, debutando la enfermedad por los miembros inferiores, pero respetando los piés y las manos, lo que nos impide pensar en el tipo Charcot-Marie. No se trata tampoco de la neuritis ascendente de Hoffmann, pues si bien en ambos comienza la atrofia por los miembros inferiores invadiendo despues los músculos de la cintura pelviana, nuestra enferma no presenta la reaccion de degenerescencia de las neuritis, y los músculos del cuello no han sido atacados por la enfermedad.

No es posible admitir de ningun modo que se trate de una neuritis intersticial hipertrófica y progresiva de la infancia, porque además de que la evolucion de la atrofia es bien diferente del tipo Charcot-Marie, á quien es idéntica esta clase de neuritis, nuestra enferma no presenta nistagmus, dolores fulgurantes, etc. y tampoco el signo de Argyll-Robertson, etc.

Separando pues las atrofias mielopáticas y las atrofias neuríticas, no nos queda como atrofia muscular progresiva sino las miopáticas, en las que indudablemente como veremos entra perfectamente nuestro caso. En efecto, la evolucion lenta de la enfermedad, su carácter casi familial, pues uno de sus hermanos parece presentar un comienzo de la afeccion por su actitud en la marcha y en el modo de ponerse de pié, su debut por los miembros dejando intactas las extremidades, la impotencia funcional de todos los músculos atacados, la ausencia de contracciones fibrilares y de reaccion de

degenerescencia, de perturbaciones sensitivas y vaso-motoras, las diversas posiciones que necesita tomar para pasar de la posicion horizontal á la vertical, su marcha característica, etc., no dejan lugar á duda, tomando en cuenta lo que por hoy caracteriza á las miopatias progresivas primitivas, que se trata aquí de un miopático clásico.

¿Pero á cuál de los tres tipos universalmente admitidos actualmente pertenece nuestro caso? No puede pertenecer al tipo Landouzy-Déjerine, puesto que en éste la atrofia comienza por los músculos de la cara, invade en seguida los de la cintura escapular, para pasar mas tarde á los del tronco y de los miembros inferiores, y en nuestro caso la atrofia ha comenzado por los miembros inferiores teniendo una marcha de abajo á arriba (dejando intacta la cara) sin contar que el debut de la afeccion fué á los tres años y no en la segunda infancia como sucede en el caso anterior.

No es la forma juvenil de Erb, no solo porque ésta se observa en los adultos alrededor de los 20 años y no en la primera infancia como en Margarita X, y la atrofia se presenta primero en la cintura escapular, mientras que en nuestro caso ha comenzado en los miembros inferiores, siendo los músculos del hombro recien atacados á los diez años.

Por el debut á los tres años, por la marcha de la atrofia y por otros caracteres, el caso de Margarita X, estaria mas bien en el tipo de Duchenne, pero nos falta un gran signo, y es la seudo-hipertrofia que nuestra enferma no presenta.

No nos es posible tampoco colocar nuestro caso entre las formas que hemos llamado híbridas, pues no vemos asociados ninguno de los tipos precedentes en él.

Tal vez podríamos colocarlo en uno de los tipos que han sido refundidos en los tres principales admitidos por los clásicos, en el de Eichhorst, por ejemplo, pero la *garra plantar* característica de este último falta en nuestro caso.

*
**

No siéndonos posible colocar nuestro caso en ninguno de los tipos descritos hasta ahora ¿crearemos uno nuevo? ¿Aumentaremos la confusion que ya reina en esta cuestion de miopatias progresivas primitivas, destruyendo lo hecho por los clásicos que han reducido todos los casos á tres formas?

No; por el contrario, somos demasiado partidarios de la claridad de las cosas, de simplificar en lo posible toda cuestion que nos sea dado estudiar para tener la intencion de llevar un elemento mas al laberinto, en que están encerradas las miopatias cuyo estudio está, hoy por hoy, en la infancia, á pesar de los numerosos trabajos publicados. Si hemos llevado la cuestion á este terreno, ha sido con el objeto de demostrar que actualmente toda clasificacion es prematura é imposible, y que una descripcion general que abarque todos los tipos, se impone.

Sesion científica del Círculo Médico Argentino

15 DE DICIEMBRE DE 1894

Seroterapia en la difteria

PRESIDENCIA DEL DR. AMORETTI

Dr. Miguel Ferreyra (1). — Despues de un exordio en que recuerda los beneficios que hasta ahora hemos obtenido de la higiene, hace una rápida reseña de los primeros trabajas de Behring y Kitasato, sobre la inmunizacion contra el tétanos y la difteria. Hace referencia al poder antitóxico de la sangre y á las diversas teorias de la inmunidad sobre las cuales no se pronuncia.

Indica la dificultad de tratar el tétanos por el método de Behring, por cuanto no reconocemos esta enfermedad sino cuando las contracturas revelan la intoxicacion ya producida.

Expone luego, en una rápida revista, las experiencias de Behring, Aronson y Roux que son ya conocidas de los lectores de los ANALES.

Trata, en seguida, de los usos terapéuticos del suero, exponiendo primeramente la técnica y dósis que han sido tambien publicadas in extenso.

(1) Habiéndose publicado esta conferencia en los diarios politicos, solo damos un breve extracto.

Hace notar las dificultades con que se toca para establecer con certidumbre la importancia del nuevo método de tratamiento.

Recuerda las estadísticas, ya conocidas, de Roux, Katz, Wassermann, y manifiesta su opinion de que la difteria ha perdido con el suero el carácter aterrador que antes tenia.

Dice que, además, la seroterapia ha podido asociarse á los métodos locales de tratamiento. Recuerda las estadísticas de Goubeau y Moizard (1) tan favorables al uso local del bicloruro de hidrargirio, pero agrega que debemos creer que estos médicos han tenido la fortuna de dar con séries muy felices.

Recuerda los casos tratados acá por el Dr. Penna, y dice que de los tres casos muy graves, dos han escapado á una muerte segura.

Manifiesta luego su conviccion firme de que los procedimientos actuales de seroterapia podrán modificarse y que su manejo será entonces mas fácil.

Insiste, finalmente, en la necesidad de estudiar acá el nuevo método y en la posibilidad de preparar en nuestros laboratorios el suero curativo.

Dr. Araoz Alfaro.—Me encuentro en la obligacion de decir algunas palabras despues de la exposicion del Dr. Ferreyra, porque he avanzado opiniones y juicios respecto de la seroterapia en los ANALES de esta misma asociacion. Creia y esperaba que el Dr. Ferreyra trajera á esta conferencia hechos nuevos que cambiaran quizá mi conviccion; pero no ha sido así, desgraciadamente porque, como él mismo lo ha manifestado, solo nos ha dado un resúmen de las estadísticas y observaciones ya conocidas.

Yo creo, Sr. Presidente, que el Dr. Ferreyra es demasiado optimista para la seroterapia y demasiado pesimista para el ratamiento local. Y la prueba es que, citando la estadística de *Goubeau* y *Hulot*, tan favorable al tratamiento por el bicloruro de mercurio, decia que, indudablemente, se habian encontrado en presencia de una série muy favorable. Pues bien, era en la misma época que se ensayaba en la misma ciudad el suero de Roux, y para ser lógicos, debemos aceptar que

(1) Vèase ***Anales del Círculo Médico Argentino***, Noviembre 1894, pág. 517.

en unos como en otros casos se trataba de difteria benigna. Encuentro corroborada esta opinion con lo que me dice el Dr. Silveyra, que ha visto allí muchos enfermitos y que cita el testimonio de todos los médicos de Paris con quienes ha hablado.

Además, no es posible aceptar que, como ha dicho el Dr. Ferreyra, recien tengamos medios de gran valor para combatir la difteria. Poseemos elementos valiosísimos desde que conocemos bien la patogenia de la enfermedad, y no tengo sino mencionar los resultados de muchos métodos locales de tratamiento, y sobre todo, los de Goubeau y Hulot que el mismo Dr. Ferreyra ha citado y los del profesar *Löffler*, cuya competencia respecto del diagnóstico bacteriológico nadie puede poner en duda, y que ha obtenido 96 curaciones en 96 enfermos.

Repetiré pues, acá, que, en manera alguna debe abandonarse el tratamiento local, que ha hecho sus pruebas y que es eminentemente racional. Desde que sabemos, segun los estudios prolijos del mismo Roux y de Yersin, que la difteria es un proceso primitivamente local y que solo hay intoxicacion general por los productos del bacillus, ¿ no es lógico tratar de dominar ese proceso local antes que la intoxicación se produzca ? Porque es, en realidad, solo la acciòn del suero sobre la toxina lo que está bien demostrado, primero *in vitro* por Behring y Kitasato y posteriormente en los animales y el hombre.

Pero, como podemos llegar ya demasiado tarde para impedir la intoxicacion, como podemos dar con niños enteramente indóciles en que el tratamiento local no puede hacerse debidamente; como, en fin, á pesar de nuestros esfuerzos, quizás no consigamos detener el proceso, la seroterapia será, si se confirman los resultados obtenidos, un excelente y poderoso medio terapéutico y constituye una de las conquistas mas gloriosas de la ciencia experimental.

Obsérvese que no pretendo, absolutamente, negar la importancia de la seroterapia. Si hay alguien entusiasta por los progresos de la bacteriologia, ese soy yo, á la par de cualquiera, por lo menos. Pero insisto en la necesidad de no sacar aún conclusiones definitivas, de esperar á un número mucho mayor de casos tratados, en el extranjero y acá.

Me bastaria citar las numerosas diverjencias que hay

entre los diversos experimentadores. Pero no quiero insistir más.

El Dr. Ferreyra ha citado los casos tratados en la Casa de Aislamiento y ha dicho, creo, que dos eran muy graves.

Dr. Ferreyra.—Los tres, graves.

Dr. Araoz Alfaro.—Está equivocado. En los ANALES se ha publicado la observacion completa de los tres y allí puede verse que uno de los casos era leve, muy leve. Puede decirlo tambien el Dr. Larguia, que se encuentra presente y que vió á los enfermitos. Los otros dos, sí, eran graves; uno de ellos murió. Repito, pues, que no debemos apresurarnos.

He oido con placer al Dr. Ferreyra sostener una idea que yo he defendido y que parece haber producido desagrado en cierta esfera ó circulo: la posibilidad de preparar aquí mismo el suero antidiftérico. Se trata, indudablemente, de una obra larga y delicada, pero perfectamente factible, sino fácil, y constato, con satisfaccion, que el Dr. Ferreyra es de la misma opinion.

Dr. Silveyra.—No traigo preparacion especial para esta discusion, Sr. Presidente, porque recien hoy he sabido que el Dr. Ferreyra debia dar esta conferencia. Pero no quiero dejar de hacer ciertas observaciones que se las debo, creo, al Dr. Ferreyra con quien hemos estado conjuntamente en Paris; ya antes se las he manifestado privadamente.

Cuando escuché en el Congreso de Buda-Pesth, la comunicacion de Roux y luego la del profesor Löffler, sobre el tratamiento local, me dije: es preciso estudiar la cuestion con mucha cautela y sin ánimo prevenido.

Fuí á Paris, y el primer médico con quien hablé allí, fué el Dr. Hutinel, del *Hospice des enfants assistés.* Interrogándolo sobre la epidemia actual de difteria, me contestó mostrándome un trabajo que iba á publicar en seguida y en él leí, con gran asombro, este título: « Supresion de la difteria en el Hospice des enfants assistés ». Allí se demostraba cómo las medidas profilácticas adecuadas habian, no solo disminuido considerablemente el número de contagiados, sino tambien modificado notablemente el carácter de la epidemia. Desde hace 18 meses, me dijo Hutinel, no hemos tenido un solo caso de difteria grave y el que ha visto nuestros diftéricos

no ha llevado ya, seguramente, esa impresion angustiosa y terrible del cuadro de la intoxicacion diftérica.

Despues, por intermedio del jefe de clínica del profesor Jaccoud, me puse en relacion con Moizard, Goubeau y Hulot, cuyos espléndidos resultados por medio del tratamiento local, ha citado de paso el Dr. Ferreyra. Han curado 96 ó 98 % de sus enfermos.

Posteriormente, cuando fuí al servicio del hospital Trousseau, en que se practicaba el tratamianto de Roux, quedé tan admirado al penetrar en la sala de lo que se llamaba « Difteria pura », que tuve que preguntar si no me habia equivocado, si era aquella realmente, la sala de los diftéricos. En efecto, Sr. Presidente, todos los niños estaban allí sentados, riendo, jugando ó corriendo, y las enfermeras tenian todo el trabajo del mundo para mantener en la cama á esos niños que era preciso saber que se habia encontrado en sus gargantas el bacillus de Löffler, para considerarlos como enfermos. Sin entrar acá en detalles que reservo para un informe que debo presentar al Departamento Nacional de Higiene, citaré el caso de un niño enfermo el dia antes, con 40º de temperatura, (que habia ya caido á 38º), y que solo presentaba algunos puntos blanquizcos en las criptas amigdalianas. Y no habia infarto ganglionar alguno. Yo me dije, Sr. Presidente, este niño será un diftérico porque se ha encontrado el bacillus de Löffler; pero, francamente, esto no es lo que en Buenos Aires llamábamos difteria; esto será, á lo mas, allí, una angina herpética ó pultácea.

Otro niño estaba allí con un poco de tos ronca que se exacerbaba á ciertas horas de la noche y se acompañaba de fatiga. No habia nada en la garganta, no sé si habia falsas membranas en la laringe, porque no se hacia exámen laringoscópico. Pues bien, á ese chico que estaba allí con el diagnóstico de crup-diftérico, yo lo habria dicho afectado de una laringitis catarral, quizá estridulosa.

El Dr. Ferreyra ha dicho que no se hacia tratamiento local conjuntamente con la seroterapia. No ha sido así en la primera parte de mi estadia allí; se practicaba grandes y reiterados lavajes con líquidos antisépticos: licor de Labarraque, ácido bórico, etc. Y tuve tambien ocasion de oir que los Dres. Roux y Martin, prohibieron todo tratamiento con bicloruro ó ácido fénico, porque creian que habia cier-

ta incompatibilidad con el suero; no debia ser así, en realidad, porque una de las asistentas hizo durante quince dias aplicaciones de sublimado sin que lo supieran los médicos, y éstos no notaran inconveniente alguno.

Se vé, pues, que todo no está aún claro ni bien establecido en la cuestion que debatimos, y que es preciso temer que se haya caído en séries muy favorables. Así parecen hacerlo creer, tambien, los hechos citados por Goldschmitt (de Estrasburgo) que ha curado en la última epidemia todos sus enfermos con un medicamento viejo, usado ó visto usar por todos nosotros: el percloruro de hierro.

Más todavia: las epidemias suelen tener diverso carácter en localidades muy próximas, y se ha visto recien, en Italia, aldeas en que todos los enfermos curaban por el ácido fénico, por ejemplo, y otras en que casi todos morian.

Hay pues, que contar con eso que se llama genio epidémico, expresion anticuada quizá, pero muy apropiada, á mi juicio, para significar esas diferencias.

El Dr. Ferreyra ha tenido ocasion de oir todo la que acabo de decir, en una conferencia que se me pidió diera en Génova y á la que asistieron casi todos los médicos del Policlínico. Allí, como acá, sin dejarme subyugar por opiniones que son respetables, pero no infalibles, he manifestado lo que he visto por mí mismo. Tengo cuadros térmicos originales y detalles de una cantidad de casos que referiré en mi informe al Departamento Nacional de Higiene.

De los 12 enfermos que se podian clasificar de graves que vi en la sala de la difteria asociada, 9 murieron, y no se modificó en ellos su temperatura, ni el estado general, ni ninguno de los fenómenos de intoxicacion, á pesar de haberse inyectado en algunos hasta 250 c. c. de suero.

Siento haber entretenido tanto al auditorio, pero habiendo estado en Paris me creia en el deber de hacer conocer mis impresiones.

Dr. Susviela Guarch.—Es muy satisfactorio, señor Presidente, haber tenido ocasion de escuchar la discusion que

acaba de suscitarse con motivo de la conferencia del doctor Ferreyra.

La cuestion, delante de la cual nos encontramos, es de aquellas que á mi manera de ver, compromete á lo sumo nuestra discrecion y prudencia médicas.

Tan halagadoras como pueden ser las perspectivas respecto del nuevo tratamiento, tienen ellas que ser objeto de exámen muy sério y reposado.

Por eso adhiero á las reservas que han manifestado los doctores Araoz Alfaro y Silveyra.

El criterio científico médico deberia ser solo y exclusivamente científico. Si así fuera y no debiéramos abandonarnos hoy en la terapéutica á los ensayos solo del empirismo, como en tiempos lejanos, estaríamos lejos de poder aceptar las conclusiones de la seroterapia.

La toxina que no conocemos, la antitoxina que ignoramos y las reacc ones del organismo tan extremadamente difíciles de sondar, deberian impedirnos toda conclusion.

Pero verdad es, señores, que operamos con tantas fuerzas desconocidas en su esencia, que esto justificaria el aceptar los resultados por el hecho de la experiencia práctica. Ejemplo de esto, la vacuna misma.

En todos los casos, aun abandonándonos á la experiencia con gran fé en los progresos de la ciencia y sin desconocer la importancia del camino trazado por la bacteriologia para el tratamiento de las enfermedades infecciosas, creo que se impone como regla de conducta, la más severa reserva.

Los últimos datos que yo podria á mi vez comunicar, son los tomados de la publicacion de W. Kòrte, sobre experiencias hechas durante un año en el Hospital Urban de Berlin, contenidas en la «Berliner Klinische Wochenschrift», del 12 del mes pasado.

Kórte, con todas las reservas del caso comunica sus resultados. Segun ellos, la estadística de la mortalidad ha sido de 1/3 de los enfermos en vez de una mitad, del año

pasado. Y cree que será necesario un año más para formar opinion.

Permítaseme ahora traducir en extracto un importante artículo de la «Therapeutische Monatshefte», de Noviembre, dirigida por el profesor Liebreich, de Berlin:

« La excitacion anticipada del público por la prensa política, ha colocado al médico en una situacion violenta. Favorable ó nó al tratamiento, decidido ó no respecto de su aplicacion, estará obligado por el público á usarlo.

No pueden hacerse conclusiones generales y decirse que sucederá lo mismo con el suero anti-diftérico, que con la tuberculina y que no llenará su objeto este suero por haber sido ineficaz el suero contra el tétanos recomendado con igual calor. Se requiere un exámen severo y libre de prejuzgamiento.

Naturalmente influirá en la crítica de una manera nociva el hecho de entrar el suero anti-diftérico en escena, sin demostraciones seguras, tal como la tuberculina y la antitoxina del tétanos. El que sigue el movimiento actual, confesará que con las nuevas publicaciones agregadas á las antiguas, nada se ha agregado que pueda formar una conviccion segura.

No puede declararse hasta ahora una accion terminante del suero anti-diftérico. Se cuentan al contrario una série de insucesos. La observacion posterior nos dirá si éstos pueden explicarse.

El medio cuenta ya con una gran limitacion en el hecho de no podérsele contar como seguro en el segundo dia de la enfermedad. Una segunda limitacion se cuenta en el hecho de las infecciones mixtas y de las complicaciones, segun la opinion misma de Behring y Ehrlich.

Resta el camino de la estadística. Las dificultades de ésta son conocidas. La estadística ha comenzado, y trasmitiremos los resultados de la experiencia. La parte teórica queda en segunda línea, por más que como base científica no podamos alejarla de nuestra vista.

Hagamos votos por que las presunciones hechas por los descubridores Kitasato y Behring, pueden realizarse. »

Este artículo dá el estado de la cuestion en Alemania, hasta la fecha de su publicacion.

Dr. Ferreyra.—Me felicito de que mi conferencia haya provocado una discusion tan interesante, y debo, á mi turno, volver sobre algunos de los puntos controvertidos.

Las afirmaciones entusiastas que he hecho respecto de la seroterapia, se basaban en cifras estadísticas presentadas por médicos eminentes como Aronson, Roux, Cadet de Gassicourt, Bergeron. Quizá mi entusiasmo, que se ha calificado de excesivo, provenga de mi falta de conocimiento de la difteria. Debo declarar, en efecto, que yo no habia visto casi difteria antes de mi viaje á Europa y que tenia un concepto, quizá erróneo, de su extrema gravedad; tenia entendido que en las formas graves de difterias asociadas, morian hasta 80 % y se comprenderá entonces, que me encontrara maravillado ante estadísticas como las de la seroterapia.

Por lo demás, yo creo tambien que es preciso estudiar la cuestion pacientemente y, en ese concepto, pongo á disposicion de mis colegas, la escasa provision de suero que he traido.

Dr. Vidal.—Yo querria tocar un punto de práctica médica en esta cuestion. En presencia de las discusiones que se suscitan sobre el valor comparativo de la seroterapia y del tratamiento local, el médico se encontrará muy perplejo en cada caso. Ahora bien, pregunto: ¿debe forzosamente optar entre uno ú otro método, ó puede emplear los dos, conjunta ó sucesivamente? El doctor Araoz ha sostenido muy racionalmente la utilidad incontestable del método local, y creo, como él, que se puede perfectamente asociarlo á la seroterapia.

Es cierto que el doctor Silveyra nos ha dicho que, segun Roux, habia cierta incompatibilidad entre los dos sistemas.

Dr. Ferreyra.—Con el bicloruro, solamente.

Dr. Silveyra.—Con el ácido fénico tambien.

Dr. Vidal.—De todos modos, segun el mismo doctor Silveyra ha visto, en la práctica no se notó inconveniente

alguno. Yo creo, pues, que debe establecerse la conveniencia de asociar el tratamiento local y la seroterapia, tanto más cuanto que no estaria justificado abandonar un método que ha hecho sus pruebas en una larga experiencia, como el uso local de los antisépticos, por otro no bien conocido aun. Asentimiento general.

Dr. Araoz Alfaro.—Lo mismo he sostenido en los ANALES del Círculo.

Dr. Susviela Guarch.—Voy á hacer una mocion que considero conducente, ya que hay divergencias de opiniones respecto á cuestion tan interesante para el público y los médicos.

Que se nombre una comision encargada de seguir el estudio de la seroterapia segun los documentos que nos lleguen de Europa, y de informar posteriormente sobre la opinion que haya llegado á formarse.

El doctor Araoz Alfaro amplia la mocion, agregando que deben seguir tambien todos los casos que sean aquí tratados, en la medida de lo posible.

Aceptada la indicacion, el señor Presidente designa á los doctores Silveyra, Ferreyra, Susviela Guarch, Araoz Alfaro, Semprun y Larguia.

SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA

SESION DEL 23 DE NOVIEMBRE

Se acepta la renuncia del Dr. Ramaugé del cargo de vocal de la Comision Directiva.

Se acepta como sócios á los Dres. Carisomo, Cabral y Tissone.

Un caso de acromegalia

Dr. Costa (J. R.)—Presenta una mujer afectada de esta enfermedad que, como se sabe, fué descrita por Marie en 1885.

La enferma tiene 17 años y hace cerca de uno que está en el hospital Rawson. No hay antecedentes hereditarios de importancia, ni tampoco individuales; su desarrollo pareció normal hasta los 14 años. Dice que se enfermó bruscamente hácia esa época, á causa de una impresion moral dolorosa; empezó á sentir dolores generalizados, pero sobre todo una cefalalgia muy persistente; los piés y las manos empezaron á aumentar de volúmen de un modo visible. No ha menstruado jamás; es vírgen.

Como puede verse, la impresion que produce la enferma es curiosa. Pesa 87 1/2 kilogramos y mide 1 m. 78 de alto á pesar de tener un cifosis cérvico-dorsal muy acentuada. En once meses, ha crecido 10 centímetros; camina difícilmente, hamacándose lentamente. Hay dolores en la articulacion de la rodilla que molestan los movimientos de flexion.

Parece que las manos fueran miradas á través de un vidrio de aumento; los piés son tambien enormes y la cara oval alargada, presenta una nariz ancha y un lábio superior grueso y colgante. Los arcos superciliares son gruesos, pero los pómulos no hacen gran prominencia.

La lengua no es grande y rara vez es tomada por los dientes; hay un prognatismo notable; los dientes están separados por intervalos de un milímetro próximamente y no se corresponden. La conformacion craneana es normal; sólo se nota una ligera protuberancia occipital.

El aumento de los piés y las manos parece debido tanto á las partes blandas como á las duras; el color de la piel es ligeramente violáceo; las uñas son normales. Los brazos y las piernas, aunque grandes, lo son relativamente mucho menos que las manos y piés.

A más de la cifosis ya citada, hay una escoliosis de la

region dorsal inferior; llama la atencion el desarrollo de las extremidades esternales de las clavículas.

Hay una decadencia manifiesta de la inteligencia y de la memoria. No hay somnolencia: padece frecuentemente de cefalalgias.

La sensibilidad al tacto, al dolor y á la temperatura, parece normal. Se nota un lijero vaginismo.

Faltan los reflejos tendinosos, persistiendo los cutáneos.

El ojo izquierdo presenta una atrofia papilar simple con disminucion de la vision central á 1/4 y de la periférica por sectores, con notable reduccion de los campos externo y superior. El ojo derecho es normal.

Los sentidos del gusto y oído no están alterados; el olfato está disminuido.

La fuerza muscular, medida al dinamómetro de Collin, es de 28 (mano derecha) y de 24 (mano izquierda).

La enferma es muy sensible al frio. Los aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo funcionan normalmente; la laringe no es grande, y el timbre de la voz es femenina. El cuerpo tiroides no está aumentado de volúmen, como tampoco parece estarlo el timo á la percusion (signo de Erb). Los cabellos son espesos y abundantes.

Es curioso el estado del aparato génito-urinario. El pubis está desprovisto de pelos. La vagina es corta y angosta, el útero infantil. Las mamas están completamente atrofiadas, y los pezones ofrecen el aspecto de los de una niñita.

El exámen completo de la orina que se ha hecho, no ha podido suministrar dato alguno, por cuanto la enferma está atacada actualmente de una cistitis intercurrente.

El Dr. Costa cree que el caso no requiere la discusion de diagnóstico diferencial, pero hace notar algunas particularidades. Se trata de una forma de acromegalia de desarrollo precoz, análogo al descrito por Surmont (de Lille) y que se distingue por eso mismo, de la generalidad de los estudiados por Marie, que han empezado despues de los 20 años, en que presentándose la enfermedad cuando todavia el sis-

tema óseo se halla en pleno desarrollo, la totalidad del esqueleto participa tambien, aunque en menor grado, del aumento de volúmen adquirido por las extremidades.

Casos como este, de debut brusco, han sido publicados en la *Iconographie* de la Salpetierre.

Respecto de la patogenia, hace notar que el caso que describe y que ofrece una atrofia de la papila izquierda, concuerda con la idea de la hipertrofia de la glándula pituitaria, lesion encontrada constantemente en los casos de acromegalia, á la autopsia.

Marie sostiene que esta afeccion es proveniente de una accion trófica de la glándula pituitaria, análoga á la que ejerce el cuerpo tiroides respecto de la produccion del mixedema.

Sin embargo, la hipótesis de Freund, de una inversion en la evolucion de la vida genital, parece tener alguna relacion con ciertas particularidades ofrecidas por la enferma en su aparato genital y que ha hecho ya notar.

Dr. Pacheco.—Felicita al Dr. Costa por la prolijidad de la historia de la enferma y compara los detalles del caso con los ya descritos en el extranjero.

Dice que quizá podria buscarse alguna relacion entre la acromegalia y la degeneracion hereditaria.

Trasposicion de vísceras

Dr. Mendez.—Vuelve á presentar el enfermo de que se ocupó el Dr. Piñero en la sesion anterior y sostiene que se trata no solo de una trasposicion del corazon, hígado, bazo y estómago, sinó de todas las vísceras abdominales y torácicas.

El *Dr. Piñero*, cree no haber podido ser tan afirmativo á pesar de haber empleado los mismos medios de investigacion de que el Dr. Mendez se ha valido.

BIBLIOGRAFIA

«**De l'agrandissement momentané du bassin.**»—Relacion presentada al Congreso Internacional Médico de Roma.—Marzo-Abril, 1894, por A. Pinard.

La difícil cuestion de la restauracion de la sinfisiotomia, que venia preocupando desde hacia dos años á todas las escuelas de obstetricia, debia ser discutida en el Congreso Médico de Roma; éste habia solicitado de antemano las autorizadas opiniones de Morisani para quien siempre tuvo vida la sinfisiotomia; de Leopold, que tan brillantes resultados obtiene con la operacion cesárea, y de Pinard, quien siguiendo el mismo camino que el profesor de la escuela de Nápoles, llegó á ser el defensor más decidido de la operacion de Sigault. Es del notable trabajo que este último presentó al Congreso que vamos á tratar de dar un resúmen; tarea difícil, pues hasta los menores detalles conservan en este estudio, una importancia suma.

No se limitó á la sinfisiotomia, sinó que estudió tambien la pubiotomia y la isquiopubiotomia; operaciones que, en condiciones especiales y por el mismo mecanismo que la sinfisiotomia, llegan á idéntico resultado, es decir, dar á los diversos diámetros de la pelvis mayor amplitud momentáneamente.

Pinard, divide su trabajo en dos grandes secciones:

1º. Parte clínica y estadística.—Presenta aquí el balance de los 38 agrandamientos pélvicos practicados en su servicio de Baudelocque, desde Febrero de 1892 hasta Marzo del corriente año: 36 sinfisiotomias, una pubiotomia y una isquiopubiotomia; con el resultado siguiente: dos mujeres sinfisiotomizadas y cuatro niños obtenidos por la sinfisiotomia, muertos.

Analiza detenidamente las causas de este resultado y explica cómo una de las mujeres fué operada á pesar de estar ya infectada, falleciendo el noveno dia de septicemia; la otra murió de obstruccion intestinal. En cuanto á los fetos, acusa en un caso su falta de experiencia por haber seccio-

nado incompletamente la sínfisis y en los otros, á aplicaciones de forceps y otras operaciones que habian sido tentadas antes de practicer la sinfisiotomia.

Ha podido seguir algunas de sus operadas durante un cierto tiempo y notar que las articulaciones de la pelvis ofrecen la misma solidez y resistencia que antes de la operacion, aun en preñeces sucesivas, de las que cita dos casos.

Compara luego el resultado obtenido con las intervenciones usadas en su clínica antes de 1892, y el de estos últimos dos años:

1890-91	1892-93
PARTOS PROVOCADOS POR CAUSA DE VICIACIONES PÉLVICAS	AGRANDAMIENTO MOMENTÁNEO DE LA PELVIS
64 Resultados.—Mujeres vivas... 62	38 Resultados.—Mujeres vivas... 36
» muertas 2	» muertas 2
Niños vivos..... 35	Niños vivos..... 34
» muertos. 30	» muertos. 4
1 gemelo.	
Total, 97 vivos y 32 muertos	Total, 70 vivos y 6 muertos.

2º. Parte anatómica y experimental.—Estudia en esta seccion algunos de los importantísimos trabajos de Farabeuf, ocupándose:

a) *De la anatomia y fisiologia de las articulaciones sacro-ilíacas antes y despues de la sinfisiotomia.*—Estudia detenidamente los ligamentos que unen los huesos ilíacos á las últimas vértebras lumbares y al sacro, la trasmision del peso del tronco por intermedio del sacro á los huesos ilíacos, y analiza especialmente los movimientos de nutacion y contranutacion, los cuales, desde que las articulaciones sacro-ilíacas se separan mucho anteriormente, pierden su centro de accion, se hacen sumamente extensas, con lo que la pelvis pierde toda solidez. Por esto se opone vivamente á la propuesta de algunos, de «agrandamiento permanente de la pelvis por medio de la separacion de los pubis», y aconseja en cambio buscar en lo posible, consolidar las articulaciones sacro-ilíacas, lo que se obtiene aproximando los pubis, haciendo uso de la simple sutura fibrosa á hilos perdidos.

b) *Experiencias, medidas, trazados geométricos y cálculos para apreciar el beneficio de la sinfisiotomia.*—Es voz corriente que

la sinfisiotomia dá un beneficio de dos milímetros, á agregarse á la conjugata vera por centímetro de separacion púbica; él protesta contra esta manera de pensar y explica como si bien es cierto que la línea que une los dos pubis, distantes uno de otro de seis á siete centímetros, está á 12 ó 14 milímetros más distante de la eminencia sacra de lo que estaba la sinfisis antes de la operacion, no se limita á esto solo el beneficio, pues la cabeza fetal al pasar por el espacio interpúbico, colocará en éste una de sus eminencias parietales, la que sobrepasará la línea interpúbica al menos de 20 milímetros; luego el beneficio total será de 12 más 20, igual á 32 milímetros.

En una série de cuadros geométricos muy interesantes, demuestra que la distancia sacro-púbica, va creciendo menos, á medida que aumenta la distancia interpúbica; con una distancia de 8 centímetros el crecimiento es nulo, más allá los pubis ya retrogradan. En cambio, el segmento de cabeza fetal que aprovecha del espacio interpúbico es casi nulo para los primeros centímetros de separacion y progresa en seguida notablemente.

c) *Técnica operatoria.*—En este capítulo sumamente práctico, indica el medio de que debemos valernos para suprimir las dificultades y peligros de la operacion; «no encontrar la sínfisis, cortar vasos, herir las vias urinarias, hé ahí lo que atemoriza y hace retroceder á muchos de nuestros colegas».

Estudia detenidamente las arterias y venas de la region, y concluye con que los vasos que debemos respetar son los del clítoris, uretra y vejiga; con este motivo dá á conocer un método por el cual interpone una especie de sonda acanalada, ancha, entre la sínfisis y el plexo tan temido, método que tiene doble ventaja, pues aleja el peligro de herir las venas é indica la articulacion abrazándola en su ancha ranura.

En sus conclusiones generales, desecha en absoluto la embriotomia sobre niño vivo ó la temporizacion hasta la muerte de éste. Más aún: el agrandamiento de la pelvis debe hacer abandonar: 1º, el parto prematuro artificial; 2º, toda operacion tendente á hacer luchar la cabeza fetal contra una resistencia ósea de la pelvis, no vencida por las contracciones uterinas en condiciones de orientacion favorable.

C. Niseggi.

Tratamiento del cáncer laringeo por la laringectomia total. — Por el *doctor don Juan F. Escutary*, — folleto de 90 páginas.

Este estudio ha servido al señor Escutary para tésis de doctorado.

La primera parte es muy breve y no comprende sinó generalidades sobre el origen de los tumores laringeos, su sintomatologia, marcha y pronóstico.

El tratamiento de los tumores laringeos, y especialmente de los malignos, constituye el asunto principal de la tésis. El autor hace una ligera revista del tratamiento endo-laringeo, de la tirotomia, de la laringectomia infra-hioidea y de la traqueotomia, y entra luego al estudio de la laringectomia con el ánimo dispuesto á sostener sus beneficios y sus ventajas ante cualquier otra intervencion.

Por eso se vé, que al tratar de la traqueotomia, la considera como «una operacion siempre delicada, llena de dificultades, de peligros y de gran responsabilidad para el cirujano», y afirma que su éxito es muy pasajero.

Describe luego los diversos procedimientos operatorios de la laringectomia: 1º, con traqueotomia prévia; 2º, la modificacion de Solis Cohen; 3º, el método sub-pericondral de Heine; 4º, el procedimiento de Perier; 5º, el de Carlmalt; los diversos casos de laringectomia parcial, y la dos laringectomias practicadas en Buenos Aires, de las cuales, al tercer mes el uno habia muerto y el otro recidivado. Acompaña un cuadro muy minucioso de todas las laringectomias practicadas, segun las publicaciones de la literatura médica extranjera, y termina con un análisis de su valor terapéutico y operatorio, sus indicaciones y contraindicaciones.

Todo esto está basado en una rica Bibliografia y en una argumentacion y un criterio que se apoyan principalmente en los resultados de la estadística. Es este precisamente el punto débil de la tésis, así como el empeño del autor en establecer la superioridad de la laringectomia sobre la traqueotomia.

Para demostrarlo, le hubiera sido necesario estudiar más detenidamente las condiciones particulares de cada caso, porque es sabido que la traqueotomia, en el mayor número de veces, no se practica sinó como recurso extremo

para salvar al paciente de la asfixia inminente, y si entonces su éxito es pasajero, es porque la lesion, por sí misma ya muy avanzada, no dejaria lugar á otro procedimiento razonable. Cuando la traqueotomia se ha practicado en condiciones en que la dispnea alarmante era determinada por una lesion limitada, su éxito no ha sido pasajero, la supervivencia ha sido mucho más prolongada; y son estos los casos que el autor podia haber comparado con las laringectomias practicadas en iguales circunstancias, á fin de poder deducir conclusiones más provechosas. La traqueotomia por sí sola no es operacion delicada, ni difícil, ni llena de peligros.

La laboriosa reseña de 149 laringectomias que presenta el doctor Escutary, tiene el inconveniente de que en ella se aglomera indistintamente todos los tumores sin tener en cuenta su caracteres histológicos, ni sus localizaciones, ni su estado de propagacion al tiempo de la operacion. Basado solamente en el resultado de una estadística en conjunto, no podríamos admitir, que en esta operacion como en la traqueotomia, pudiera establecerse una conclusion razonable. La observacion nos enseña que los tumores endolaringeos gozan de cierto privilegio de evolucion lenta, en tanto que los extrínsecos marchan rápidamente, infiltran los tejidos inmediatos y se reproducen aquí como por doquier con estrema rapidez. ¿Podria pretenderse entonces que en esas condiciones, en los tumores intrínsecos y extrínsecos, más ó menos extendidos, sea igualmente preferible la laringectomia á la traqueotomia?

El autor no lo piensa así seguramente, porque en el capítulo de las indicaciones establece que la espectacion no estaria justificada sinó cuando el desarrollo del tumor no permite abrigar la menor duda de su extirpacion completa. Pues es ese tambien el criterio que ha guiado á los que han practicado la traqueotomia en presencia de la asfixia, y falla por consecuencia la comparacion entre los resultados de los dos métodos en cuestion.

La laringectomia debe ser practicada precozmente, dice el doctor Escutary en una de sus conclusiones. Tan precozmente como se pueda, diria yo, y le reconozco sus ventajas; pero seria menester entonces establecer tambien el diagnóstico precoz, y bien se sabe cuáles son las vacila-

ciones de los laringologistas en esos casos, sobre todo cuando el tumor se desarrolla en un sitio profundo ó es de cierta naturaleza histológica, y no olvidemos las dudas de los anátomo-patologistas. El caso del emperador de Alemania es muy reciente.

La conclusion del doctor Escutary seria aún discutible si comprende los tumores extrínsecos. En cuanto á los intrínsecos, si admitimos por un instante que el diagnóstico ha sido bien establecido en su primer período, seria menester contar por otra parte con el valor del cirujano para acometer una operacion que mata el 36 por ciento, por el hecho solo de la intervencion, en momentos en que la lesion no presenta síntomas alarmantes.

El doctor Escutary, para apoyar su tésis, compara las intervenciones por cáncer de la laringe, con las análogas que se practican en la matriz, en la lengua y en el riñon, y atribuye la mejora en los resultados de estas últimas operaciones á los progresos de la técnica y á la introduccion del método antiséptico. No es tanto eso, sin embargo, lo que más ha contribuido á la mejor estadística, sinó el perfeccionamiento en los métodos de diagnóstico, que facilitan la intervencion inmediata, como lo afirma Israel, citado por Escutary.

Para la laringectomia habria esta diferencia, que el diagnóstico precoz es más difícil, el shok más intenso y la muerte operatoria más frecuente.

Así, por el momento, en presencia de una operacion que fracasa 45 veces en 149 casos antes de los quince dias por causa de la intervencion, y que al cabo de un año no deja sinó 25 sobrevivientes, quizá convendria limitar sus indicaciones para casos más determinados, puesto que la intervencion quirúrgica no busca el éxito operatorio sinó un fin terapéutico, y la estadística de las laringectomias no alienta en ningun sentido.

La cuestion en tanto sigue en estudio; pero por hoy cualquier conclusion definitiva es prematura y consideramos erróneo pretender que la laringectomia ó la traqueotomia debe predominar, una ú otra exclusivamente, como intervencion quirúrgica en los tumores malignos de la laringe. Por nuestra parte, despues de leido este estudio y despues de repasar nuevamente las publicaciones que se han hecho

al respecto, llegaríamos á esta conclusion, que la laringectomia precoz es aun ideal. En cuanto á la traqueotomia, tiene sus indicaciones especiales: es una operacion de necesidad.

Si descartamos las apreciaciones demasiado terminantes del doctor Escutary, encontramos en su tésis una recopilacion de hechos muy interesante y un estudio de provecho digno de ser leído con atencion.

D. Decoud.

Indicaciones y modificaciones modernas de la talla hipogástrica.—Tésis de *Angel F. Ortiz.*

Esta tésis es una revista general, breve y completa, del tema escogido.

Hace una historia ligera de la talla hipogástrica desde Franco hasta nuestros dias; estudia sus indicaciones en los casos de lesion uretral, vesical y urétero-renal, y termina por la descripcion de la técnica clásica de esta operacion y sus modificaciones recientes.

El autor aconseja seguir escrupulosamente las prácticas de Guyon y en todos los casos en que establece comparacion con la de otros cirujanos, se decide indefectiblemente por su preferido. Piensa con Bazi, que ya no cabe un paralelo entre la talla y la litotricia; y la talla transversal de Trendelenburg sale mal parada, si se compara al procedimiento clásico (francés).

Estudia las indicaciones de la talla con sinfisiotomia de Albarran, y olvida la modificacion tal vez más importante de Helferich, talla con reseccion del pubis.

Hay, como se ve, demasiada parcialidad en encontrar malo todo lo que sobre el tema no ha nacido ó recibido su sancion en la escuela de Necker.

La inculpacion de que se necesita ser un *artista* para defender la litotricia, no está levantada y los inconvenientes de la talla transversal son hipotéticos y no basados en la estadística.

Se repite en esta tésis, lo que ya se ha dicho en otra este año á propósito de la sutura completa de la vejiga, que la operacion ha nacido en Francia; hay en esto error: Guyon y sus discípulos se han incorporado á última hora á esta práctica.

Las indicaciones están breves, pero precisamente indicadas, lo que hace que la tésis se lea con provecho, tanto más si se tiene en cuenta que nace inspirada en uno de los servicios de la especialidad que trata.

Colecistotomía y colecistostomía. Sus indicaciones.— Tésis por *Pedro Barbieri*.

Este trabajo tiene la importancia de reunir los primeros casos con que la ciencia nacional concurre á la estadística universal de las intervenciones quirúrgicas en la litiasis biliar; son tres casos felices de colecistotomía ideal.

A esto parece haberse limitado la mente del autor, pues el estudio de las indicaciones no es abordado, á pesar de prometerlo en la introduccion y los capítulos que preceden las historias clínicas se ocupan preferentemente del *modus operandi* y cuidados consecutivos, predominando en esto mismo, el criterio que surge del estudio de los casos historiados, sin tener para mucho en cuenta la práctica universal.

Excelente como memoria para presentar á una sociedad médica, hubiéramos preferido como tésis un trabajo de conjunto sabre la cirugía de la litiasis, en que se discutiera la indicacion de cada una de las operaciones propuestas para la vesícula, tomando por base los casos clínicos de que disponia. Es decir, una revista crítica.

PP.

Tratado Elemental de Fisiología Humana, por el Dr. *L. Landois*, traducido de la octava edicion alemana por el Dr. *Del Valle y Aldabalde*. Dos grandes volúmenes, 1894. Administracion de la «Revista de Medicina y Cirujia Prácticas». Madrid.

Demasiado reputado es el nombre del distinguido profesor de Greifswald, y demasiado conocida la importancia de sus trabajos, para que tengamos que recomendar acá la nueva edicion de su obra fundamental, correctamente traducida al español.

El libro, aparte de ser completo como tratado de fisiología, presenta el carácter especial de haber sido escrito teniendo tambien en cuenta las aplicaciones directas á la

práctica médica. No insistiremos en pretender hacer un estudio bibliográfico detenido. Bástenos citar un párrafo de una carta del malogrado Moleschott: «Cuando alguien publica un libro como el de V., le dice, se capta el agradecimiento no sólo del alumno, sinó del maestro y del investigador... Las investigaciones patológicas que hace en forma concisa tienen un carácter tan magistral y tan claro que, á mi juicio, el libro de V. ha de ejercer una influencia muy benéfica en los estudios clínicos.» Bienvenida sea la nueva obra editada por la «Revista de Medicina y Cirujia Prácticas».

Anuario Internacional de Medicina y Cirujía, segundo semestre de 1894. Por el Dr. *Reboles y Campos.* Libreria de Bailly-Baillière é hijos. Madrid.

La recopilacion semestral de que hemos recibido el último volúmen, no es, nos parece, bastante conocida entre nosotros, como lo merece por lo prolijo de su preparacion. Encierra materiales suministrados por los trabajos de médicos de todos los paises, no solo en el órden de las adquisiciones terapéuticas, sinó tambien en el de los progresos clínicos y experimentales. Su lectura es interesante, sobre todo para el médico práctico, que no puede estar, por falta de tiempo, al corriente de las publicaciones de las diversas revistas.

La Oficina de Farmacia Española, segun *Dorvault*—14º suplemento de la 2ª série. Libreria de Bailly-Baillière é hijos. Madrid.

La presente obra es un anuario farmacéutico y químico redactado en presencia de los periódicos, formularios, etc., de todos los paises; no necesitamos decir otra cosa para mostrar la importancia de esta publicacion, que á nuestro juicio no puede ser más completa y que reputamos indispensable para todo farmacéutico.

Los incendios, los bomberos y la higiene, por el Dr. D. *Antonio de Gordon y de Acosta*, Habana, 1894.

Hemos recibido muchas otras publicaciones de que nos ocuparemos en breve con la detencion que merecen, entre otras varias tésis, y los interesantes «Apuntes de Farmacia» del Sr. Ignacio Capdevila.

CRÓNICA

El Dr. Osvaldo Loudet. — El 8 del corriente mes falleció en Moron este distinguido facultativo, alejado desde hace cerca de un año de nuestro centro por causa de la enfermedad que se desarrolló violentamente á consecuencia del excesivo trabajo á que el Dr. Loudet se sometió, ansioso de instruccion y bienestar.

¡Dura ha sido la recompensa recogida por el pobre amigo! No obstante, ha podido legar á su esposa y á sus hijos pequeños, algo que es mucho más apreciable que una gran fortuna: un nombre querido y respetado por todos, un nombre consagrado ya como descollante entre las nuevas generaciones médicas.

Demasiado elocuentemente lo han dicho la prensa política, sus compañeros y maestros, todos los hombres que fueron á rodear su ataúd al ser depositado en la tumba prematuramente abierta.

Como estudiante, como profesor, como Secretario de la Administracion Sanitaria y del Departamento de Higiene, Loudet fué modelo de laboriosidad é inteligencia. Sus trabajos escritos, especialmente su trabajo inaugural sobre las «Miocarditis infecciosas», acabaron de mostrarlo con el sello de los hombres de *élite*.

Los Anales del Círculo Médico se asocian al duelo causado por su desaparicion temprana y hacen votos por que al noble colega encuentre imitadores numerosos.

Colonia escolar en Mar del Plata. — A iniciativa del doctor Benjamin Martinez, el Cuerpo Médico Escolar ha solicitado y obtenido del Consejo Nacional de Educacion, la sancion de una ordenanza que establece la peregrinacion de 600 niños de las escuelas comunes á Mar del Plata. Ellos serán escogidos entre los más pobres y de salud más delicada y permanecerán en Mar del Plata un mes, bajo los cuidados de sus maestros, de un vocal del Consejo y del Dr. Martinez.

La práctica demostrará si son reales las ventajas que á primera vista parece deber obtenerse con este viaje.

Dr. Silveyra. — Ha regresado de su viaje á Europa, en mision oficial, este distinguido colega.

Hemos tenido el placer de constatar que sus ideas sobre la seroterapia coinciden en todos los puntos con las que hemos manifestado en estas mismas columnas.

Suero antidiftérico. — *Sr. Redactor de los* ANALES DEL C. M. A., *Dr. Araoz Alfaro.* — En el número de Noviembre de esa publicacion, en un suelto sobre preparacion del suero antidiftérico, refiriéndose á los laboratorios existentes entre nosotros, formula Vd. el siguiente cargo:

«¿De qué sirven esos laboratorios, en los cuales se ha gastado grandes sumas (*sic*) si no son capaces de cultivar el bacillus de Löffler, de preparar toxinas y de inmunizar animales?»

Estoy en el deber de contestarlo como director del de la Asistencia Pública, para dejar sentada en esa misma publicacion lo infundado y la sinrazon de semejante dicho.

1º. El estudio, y no la preparacion en gran escala, de toxinas, y más tarde de suero, no es cuestion de un laboratorio de análisis y creado para fines bien determinados como el de la Asistencia Pública; sino de institutos especiales como el de Koch, el de Pasteur y algunos pocos más.

2º. Ni aun á los laboratorios de investigacion exclusivamente, pudiera hacerles semejante cargo, desde el momento que todos los trabajos emprendidos no llegan á un resultado favorable, y mucho menos á un resultado sorprendente como es el de Behring que actualmente preocupa á todos.

3º. Lo anterior se evidenció deductivamente desde el momento que todo trabajo científico es generalmente obra de un solo individuo, necesitando para ser confirmada producciones posteriores de otros investigadores en tiempo más ó menos lejano de su publicacion.

Ejemplo: los de Behring sobre la inmunizacion de la difteria precediendo de dos años al de Roux, que lo confirma recien el 94.

4º. Actualmente se conocen hechos muy favorables á la inmunizacion de la fiebre tifóidea y del cólera, etc. Y sin embargo, ningun laboratorio que no sea en el que esos trabajos especiales se efectúan, publica nada al respecto.

¿Qué razon hay para ello?

La razon que no conoce el que no se dedica prácticamente á este género de trabajos y que es tan conocida por toda la gente de laboratorio, que no sorprende á nadie el que las cosas pasen como lo sucedido con el descubrimiento de Behring.

En cuanto á la cuestion de aumento en el personal y de los cálculos económicos que el Dr. Araoz se hace, no tiene nada que ver con la cuestion ciencia; en la que se necesita más que recursos monetarios, personal técnico apto, más escaso y más difícil de subsanar que lo que se puede imaginar un *amateur*.

Por fin, y para no dejar de contestar á lo que se dice sobre la preparacion de la antitoxina entre nosotros, creo que no es obligacion ni deber de ningun laboratorio, la preparacion de ella sino de una empresa industrial como lo es ya en Alemania, habiendo pasado los límites del descubrimiento perfectamente estudiado para entrar á formar parte de los medios terapéuticos usuales cuya preparacion se conoce.

De modo que la formacion de un instituto seroterápico decretado por el Congreso no es más que una fábrica nacional de antitoxina, y si se le quiere dar mayor alcance, será una fábrica de todas las antitoxinas que en adelante se vayan conociendo. — Diciembre 22/94. — *Julio Mendez*.

Debemos hacer algunas rectificaciones á la carta que precede.

Desde luego, nosotros no hemos pretendido que desde que se hicieron conocer los primeros ensayos de Behring se iniciaran tambien trabajos en nuestros laboratorios; lo que hemos dicho es que esos trabajos debieron empezar á realizarse cuando tras las últimas comunicaciones de Aronson y Roux, la cuestion se hizo del dominio público.

Todas las dificultades que el Dr. Mendez encuentra para la preparacion del suero antidiftérico, parecen no ser tan grandes desde que, segun él mismo nos lo ha dicho, se hace actualmente en su laboratorio, porque la Direccion General lo ha dispuesto. Se prepara tambien el suero en el laboratorio del Departamento de Higiene; luego, pues,

esas dificultades están lejos de ser insalvables y no sin razon los *amateurs* creian que no era obra imposible.

Por lo demás, el Dr. Mendez se equivoca si cree que hemos querido hacer un cargo al laboratorio. Señalábamos la posibilidad de preparar el suero, pero éramos los primeros en reconocer que los recursos eran escasos. Él mismo nos va á dar la razon desde que va á realizar lo que considerábamos factible.

Disentimos con el Dr. Mendez respecto á que estas preparaciones solo pueden ser obra de institutos especiales. Una vez que son trabajos confirmados durante cuatro años, cremos que debe ocuparse de ellos un laboratorio que se llama *de la Asistencia Pública* y que por consiguiente, tiene algo más que hacer que examinar orinas y esputos.

Los «Anales» en 1895. — Nuestra revista aparecerá en adelante, el 15 y el 30 de cada mes. Su interés aumentará naturalmente, no solo por los artículos originales, sinó porque puede de ese modo reflejar mejor el movimiento científico. Aunque hayamos hecho así más pesada la tarea que nos impusimos al aceptar la direccion, quedamos satisfechos y contentos, consiguiendo ese progreso útil á sócios y suscritores. Los ANALES continuarán ofreciendo, á más de los *trabajos originales*, una *revista de la prensa extranjera*, una *seccion de notas terapéuticas, químicas y bacteriológicas*, una *bibliografia* tan extensa como sea preciso y una crónica de las sesiones de la Sociedad Médica.

Cumplimos con el deber de agradecer á nuestros colaboradores y al público médico, el favor con que nos han alentado y nos ayudan.

Las condiciones de suscricion serán:

	SEMESTRE	AÑO
Capital	$ 6	$ 10 (8 para estudiantes
Provincias	» 7	» 12
Extranjero		» 4 oro

(Pago adelantado).

Dr. Lucio Vicente Lopez—Casi terminada ya la impresion del número presente, recibimos la dolorosa noticia del fallecimiento en duelo, de este distinguido hombre público,—joven aún y destinado, sin duda, á completar dignamente una carrera política tan brillante hasta ahora.

Sin tiempo para otras consideraciones, debemos unir nuestra enérgica voz de protesta á la que se ha levantado en todo el país por este hecho luctuoso y que constituye, á nuestro juicio, una verdadera iniquidad, fundada desgraciadamente en prácticas salvajes, pero demasiado difundidas. Ojalá desgracia tan grande baste para enseñar á todos lo inicuo de prácticas que la razon rechaza, y que solo se acepta á menudo, por temor á la crítica de los desocupados y de los tontos!

INDICE DEL TOMO XVII

Cirugia general y de las vias urinarias

Pág.

Litiasis biliar—Colecistotomia ; extraccion de 175 cálculos ; litotricia en el canal cístico. — Por el Dr. M. A. Zavaleta 4
El dolor de hombros en las heridas penetrantes del abdómen. — Nicolás D. Repetto..... 14
Chirurgie des voies urinaires. — por E. Loumeau (bibliogr.)..... 26
Cura radical de hernias. — A. Masi.... 49
Craniectomia con injerto óseo. — Pedro Barbieri..... 71
Colecistotomia; colecistotomia y nefropexia, id, id... 72
Aneurisma arterio-venoso. — Dr. Decoud..... 97
Hernia umbilical adquirida ; hernio-onfalectomia total -- Por Juan B. Emina..... 149
Elongacion del ciático por neuralgia crónica ; curacion — C. D. Calderon..... 173
Tratamiento de las hernias. — Dr. Decoud..... 201
Obstruccion intestinal. — Dr. L. C. Maglioni..... 253
Cirugia cráneo-cerebral. — C. D. Calderon..... 271
Tratamiento de las várices por la venda elástica. — Dr. Tornú..... 337
La cirugia conservadora. — C. D. Calderon..... 360
Cura radical de las hernias. — Dr. L. C. Maglioni.... 384
Heridas del diafragma á través del seno costo-diafragmático. — Por Nicolás D. Repetto (bibliogr.)..... 407
Adeno-carcinoma enquistado de las glándulas sudoríparas (con fotografias microscópicas). — Dr. A. Posada..... 416
Hernia consecutiva á una talla hipogástrica. — A. Flores..... 430
Cirugia cráneo-cerebral. — C. D. Calderon (bibliogr.).. 447
Várices y neoplaxias linfáticas dérmicas. — Azúa y Suarez..... 451

Pág.

Cuerpos extraños de las vias respiratorias. — Cánula traqueal en un bronquio. — Eliseo V. Segura..... 493
La electricidad en la exploracion de los cuerpos extraños. — Dr. Costa..... 495
Desinfeccion del catgut..... 499
Exámen de los vendajes antisépticos..... 501
Intervencion en las heridas penetrantes del abdómen. — Dr. Pedro Barbieri..... 524
Las esponjas en cirugia. — Guemomprez..... 545
Tratamiento del cáncer laríngeo por la laringuectomia total. — J. F. Escutary (bibliogr. Decoud)..... 595
Indicaciones y modificaciones modernas de la talla hipogástrica. — Angel F. Ortiz (bibliogr.)..... 598
Colecistotomia y colecistostomia. — Pedro Barbieri (bibliogr.)..... 599

Clínica médica — Enfermedades nerviosas

Ligeros apuntes sobre la caquexia palustre en Tucuman. — Dr. Julio V. Valdez..... 58
Piaulement. — J. Llambias Mir..... 63
Pneumococcia pulmonar atenuada. — Dr. Araoz Alfaro 187
Influenza — Estudios clínicos. — Dr. Antonio J. Vidal..... 222 y 305
Anasarca por retencion de orina sin albuminuria. — Congreso de Roma..... 266
Cirrósis no alcohólica del hígado (por intoxicacion de origen gastro-intestinal)..... 266
Pleuresia con derrame (Algunos fenómenos debidos al aumento de la presion intratorácica..... 227
Hipnotismo (Perseguido por el). — Dr. Larroque..... 282
Histeria refleja. — Cayetano Sobre-Casas..... 346
Infeccion malárica (casos poco frecuentes en Tucuman). — Dr. Julio V. Valdez..... 352
Complicaciones de la tuberculosis laringo-pulmonar. — Dr. Espina y Capo (bibliogr.)..... 371
Tuberculosis del miocardio. — Dr. Julio Mendez..... 434
Muerte súbita en velocipedo. — Petit..... 444
Miopatias primitivas. — Dr. Abel Ayerza..... 455
Cánula traqueal en un bronquio. — Dr. Eliseo Segura. 493

Pág.

Ruptura espontánea del corazon, por fragmentacion del miocardio. — Dr. Julio Mendez..... 537
Trasposicion de vísceras. — Dr. Horacio Piñero..... 539
Miopatias primitivas progresivas. — Dr. E. Tornú.... 559
Un caso de acromegalia. — Dr. Jaime R. Costa..... 589

Enfermedades infecciosas. — Bacteriologia Parasitologia

Coqueluche (Etiologia y tratamiento). — Dr. Araoz Alfaro..... 7
Erisipela (Un tratamiento de la)..... 37
Difteria y bicloruro de mercurio. — Dr. Davison..... 51
Caquexia palustre en Tucuman. — Dr. J. V. Valdez... 58
Erisipela (Estudio sobre la). — Dr. Larroque..... 105
Fiebre tifóidea y método de Brand. — Dr. Segura..... 124
Difteria (A propósito de la... y su tratamiento) — Perez Iglesias..... 146
Viruela sin fiebre. — Dr. Larroque..... 169
Virus vaccínico (Estudio sobre el). — Buttersack (bibliogr.)..... 184
Pneumococcia pulmonar atenuada. — Dr. Araoz Alfaro. 187
Influenza. — Epidemia de 1892 (Provincia de Buenos Aires). — Dr. Vidal..... 222 y 305
Infeccion é inmunidad. — Perez Iglesias..... 246
El parasitismo en el cáncer. — Congreso de Roma.... 262
Tifus exantemático (tratamiento por la fuchsina)..... 267
El parásito de las fiebres palustres. — Dr. Canton (bibliogr.)..... 319
Paperas (Algunas observaciones á propósito de la actual epidemia). — Dr. Araoz Alfaro..... 401
Miningitis cerebro-espinal epidémica. — Félix T. Muñoz (bibliogr.)..... 409
Arteritis infecciosas. — Crocp (bibliogr)..... 443
El baccillus de Koch en las cavidades nasales del hombre sano. — Straus (bibliogr.)..... 444
Difteria (tratamientos modernos). Dr. Araoz Alfaro. 462 y 511
Difteria y suero de Behring en Buenos Aires. — Dr. Semprun..... 478
Afecciones venéreas, tuberculosis y paperas en nuestras tropas. — Dr. Francisco de Veyga..... 482

Pág.

Diagnóstico rápido del cólera..... 502
Esterilizacion y expendio de carnes tuberculosas. — Dres. Gandolfo y Schatz..... 529
Diagnóstico bacteriológico de la difteria..... 546
Eritemas infecciosos. — Luis Viaña (bibliogr.)..... 547
Seroterapia en la difteria. — Ferreyra, Araoz Alfaro, Susviela Guarch, Vidal..... 579

Física médica

Electrólisis (aplicaciones médicas) — Dr. Jaime R. Costa..... 420
Apuntes de física aplicada á la medicina. — Dr. Costa (bibliogr.)..... 450
La electricidad en la exploracion de los cuerpos extraños. — Dr. Costa..... 495

Ginecología y obstetricia

Mola uterina. — Sr. Pedro Legrand..... 56
Embarazo extrauterino con ruptura de le pared abdominal y salida del brazo izquierdo..... 80
Amputacion alta en el alargamiento hipertrófico del cuello. — Roberto S. Kolbe..... 128
Pólipo de la porcion vaginal del cuello del útero. — Perimetro-salpingitis quística. — Estrechez de la vagina por ulceracion sifilítica. — C. Sobre-Casas. 142
Agrandamiento momentáneo de la pelvis. — Pinard (bibliogr.)..... 264
Localizaciones de la grippe sobre el útero y los anexos. — Perez Iglesias..... 276
Embriotomia cefálica con el basiotribo Auvard-Carbonelli. — Dr. C. Niseggi..... 327
Tratamiento del pedículo en la histero-miomectomia. Mangiagalli (bibliogr.)..... 367 y 592
Ovariotomia durante el embarazo y despues del parto — Mangiagalli (bibliogr.)..... 370
Estrecheces pelvianas. — E. Dudignac bibliog.)..... 445

Higiene y demografía — Asistencia Pública

El nuevo hospital de niños..... 21
Servicio de vias urinarias en el hospital Rawson..... 39

Pág.

Asistencia domiciliaria gratuita. — por el Dr. Zavaleta 68
Plazas y paseos públicos de Buenos Aires..... 151
Enfermedades en Tucuman, 1892-94. — por el Dr. Valdez..... 175
La conferencia de Dresde — Saneamiento de líquidos infectados — Declaracion obligatoria de enfermedades infecciosas..... 190
Anuario estadístico de Buenos Aires..... 322
Nuevos hospitales..... 323
Alejamiento de resíduos cloacales — Canalizacion parcial — sistema converjente. — Dr. Revilla..... 424
Afecciones venéreas. Tuberculosis y paperas en el ejército. — Dr. Veyga..... 482
Desinfeccin de las manos por el polvo de mármol.. 497
Desinfeccion del agua en grandes cantidades..... 497
Esterilizacion y consumo de la carne de cerdos tuberculosos. — Dres. Gandolfo y Schatz..... 529

Medicina experimental — Anatomia Patológica

El parasitismo en el cáncer — (*Congreso de Roma*).. 262
Localizacion de los líquidos inyectados por la via traqueal y á través de la pared torácica, en los pulmones de animales y en las cavernas de los tuberculosos (*Congreso de Roma*)..... 265
Diabetes pancreática experimental (*Congreso de Roma*)..... 266
Adenocarsinoma enquistado de las glándulas sudoríparas (con fototipias). — Dr. Alejandro Posada..... 416
Tuberculosis del miocardio. — Dr. Julio Mendez..... 434
Alteraciones del plexo cardíaco en la parálisis post-diftérica. — Vincent (bibliog)..... 441
Arteritis infecciosas (estudio experimental). — Crocq. 443

Medicina legal — Enseñanza médica, etc.

La Morgue en Buenos Aires. — Dr. B. Larroque..... 293
Algunas observaciones de manchas de Tardieu. — Llambias Mir..... 536
Actas del primer Congreso Médico-Farmacéutico regional. — Valencia..... 365
Concurso Nacional de Medicina para 1896..... 372

Pág.

Congreso Médico Argentino para el estudio de la tuberculosis..... 382
Docentes libres..... 411
Congreso Nacional de Higiene..... 510 y 554
Congreso dental internacional en Málaga..... 552
Tésis de nuestra Facultad..... 549

Necrologia — Biografia

Brown-Séquard. — Dr. Larroque..... 178
El profesor Potain (con retrato)..... 238
El profesor Tarnier (con retrato)..... 289
El Dr. Osvaldo Loudet..... 601

Pediatria

Etiologia y tratamiento de la coqueluche.—Dr. Araoz Alfaro..... 7
Los trastornos gastro-intestinales de los niños; su tratamiento en el consultorio del hospital San Roque. — Dr. Araoz Alfaro..... 162
Algunas observaciones á propósito de la actual epidemia de paperas. — Dr. Araoz Alfaro..... 401

Terapéutica y farmacologia

Cornutina..... 32
Inyecciones hipodérmicas de guayacol y timol en el lupus..... 34
Algunos usos de la belladona..... 35
El clorato de potasa en la antisepsia de la boca..... 36
Crema de tártaro en las enfermedades venéreas..... 44
Tratamiento de la difteria por el bicloruro. — Dr. D. T. R. Davison..... 51
Papainas y pepsinas comerciales Dr. M. Puiggari (bibliog.)..... 79
Tratamiento de la pediculosis. — Dr. Rebaudi..... 160
Tratamiento de los trastornos gastro-intestinales de los niños. — Dr. Araoz Alfaro..... 162
Bi-electrólisis de Edison — Paleosidad eléctrica..... 193
El ácido pícrico en las quemaduras. — C. D. Calderon. 236
Cuchsina en el tifus exantemático..... 267

Pág.

Creosota por via rectal á los tuberculosos.—Dr. Tornú..... 285
Tratamiento de la constipacion por el Fernet Branca. Dr. Mendez..... 406
Tratamiento de la difteria por el suero antitóxico.—Comunicacion de Roux..... 432
Id. del cáncer por el clorato de soda y el aristol. — Huchard..... 440
Tratamientos modernos de la difteria —Seroterapia — Antisépticos. — Dr. Araoz Alfaro..... 462 y 511
El método de Behring en Buenos Aires. - Dr. Semprun 478
Opio — Equivalencia de las preparaciones oficinales.. 492
Ovulos vaginales..... 497
Oxina — Nuevo preparado de carne..... 497
Aceite de hígado de bacalao agradable..... 498
Sacarina en el ozena..... 499
Antihelmíntico..... 500
Antidiarréico..... 500
Vómitos de las embarazadas..... 500
Antinervina..... 501
Tratamiento de la sífilis por el aceite gris al 50 %..... 540
Extracto de glándula tiróides en la sífilis grave..... 541
Esparteina en la anestesia clorofórmica. — Langlois y Maurange..... 542
Tira emplástica americana..... 542
Pastas gelatinosas para vendajes..... 542
Quinina en inyecciones hipodérmicas. — Marty..... 543
Jabon blando de calomel en la sífilis..... 545
Preparacion del suero antidiftérico en Buenos Aires. 551
Seroterapia en la difteria..... 579

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

INDICE DE AUTORES

Pág.

Araoz Alfaro G..... 7, 162, 187, 401, 462, 511
Ayerza Abel..... 455
Azúa y Suarez..... 451
Barbieri P..... 71, 524
Buttersack..... 184
Calderon C. S..... 173, 236, 271, 360, 447
Canton E..... 319
Costa J. R..... 420, 450, 495
Crocq..... 443
Davison D. T..... 51
Decoud D..... 97, 201
Dudignac E..... 445
Emina J. B..... 149
Espina y Capo..... 371
Escutary J. M..... 595
Ferreyra M..... 579
Flores A..... 430
Gandolfo A..... 529
Guermonprez..... 545
Huchard..... 440
Kolbe R. S..... 128
Langlois..... 542
Larroque B..... 105, 169, 178, 282, 293
Legrand P..... 56
Llambias Mir J..... 63, 536
Loumeau..... 26
Maglioni L. C..... 253, 384
Mangiagalli..... 367, 370
Marty..... 543
Masi A..... 49

Pág.

Mendez Julio..... 406, 434, 537
Muñoz F. S..... 409
Niseggi C..... 327
Ortiz Angel F..... 598
Perez Iglesias..... 146, 246, 276
Petit..... 444
Pinard..... 264
Piñero Horacio..... 539
Posada A..... 416
Puiggari M..... 79
Rebaudi..... 160
Repetto M. S..... 14, 407
Revilla E..... 424
Roux..... 432
Schatz..... 529
Segura E. V..... 124. 493
Semprun J..... 478
Sobre-Casas C..... 142, 346
Straus..... 444
Susviela Guarch..... 497
Tornú E..... 285, 337
Valdez J. V..... 58, 175, 352
Veiga F. de..... 482
Viaña L..... 547
Vidal A. J..... 222, 305
Vincent..... 441
Zavaleta M. A..... 4, 68